



Artigo Original

ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS

ANALYSIS OF THE COMMUNICATION OF ADVERSE EVENTS UNDER THE PERSPECTIVE OF ASSISTANT NURSES

ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA PERSPECTIVA DE ENFERMEROS ASISTENCIALES

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão¹, Roberta Meneses Oliveira², Sarah de Sá Leite³, Marina Castro Sobral⁴, Sarah Vieira Figueiredo⁵, Mariana Correia Cadete⁶

Estudo descritivo que objetivou analisar o processo de comunicação de eventos adversos no contexto hospitalar, sob a perspectiva de enfermeiros assistenciais. Os dados foram coletados em janeiro de 2013 em hospital público de Fortaleza-CE, Brasil. Aplicou-se entrevista semiestruturada a 37 enfermeiros, abrangendo questões norteadoras sobre comunicação/registo de eventos adversos. Constatou-se que existe comunicação de eventos adversos no serviço, porém há subnotificação e análise inadequada dos casos; os enfermeiros não foram unânimes na identificação dos documentos indicados para registro dos eventos; e prevalece a cultura punitiva nas situações que geram eventos adversos, evidenciada pelos relatos de práticas de repreensão e punição dos profissionais. Conclui-se que é necessário incentivar a comunicação adequada de eventos adversos no serviço, considerando o registro como indispensável no processo de comunicação organizacional, pois é fonte de dados para análise da ocorrência de eventos adversos e garante segurança ao paciente.

Descritores: Enfermagem; Registros de Enfermagem; Gerenciamento de Segurança; Qualidade da Assistência à Saúde; Segurança do Paciente.

This descriptive study aimed to analyze the process of communicating adverse events in the hospital context, from the nurses' perspective. Data was collected in January 2013 in a public hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil. A semi-structured interview was held with 37 nurses, covering guiding questions regarding the communication/recording of adverse events. It was found that communication of adverse events exists in the service, but that cases are under-reported and inadequately analyzed; the nurses were not unanimous in identifying the documents indicated for recording events; and a punitive culture predominates in the situations which generate adverse events, evidenced by reports of practices of reprimanding and punishment of the professionals. It is concluded that encouraging appropriate communication of adverse events in the service is necessary, considering recording as indispensable in the organizational communication process, as this is the source of data for analyzing the occurrence of adverse events and ensures patient safety.

Descriptors: Nursing; Nursing Records; Safety Management; Quality of Health Care; Patient Safety.

Estudio descriptivo, cuyo objetivo fue analizar el proceso de comunicación de eventos adversos en medio hospitalario, bajo la perspectiva de enfermeros. Los datos fueron recolectados en enero de 2013 en hospital público de Fortaleza-CE, Brasil. Se aplicó entrevista semiestruturada a 37 enfermeros, incluyendo preguntas acerca de la comunicación/registo de eventos adversos. Se encontró comunicación de eventos adversos en el servicio, pero con subregistro de casos y análisis inadecuados; los enfermeros no fueron unánimes en identificar los documentos para registro de eventos; y prevalece la cultura punitiva en situaciones que generan eventos adversos, como señalan los informes de prácticas de amonestación y castigo de los profesionales. En conclusión, es necesario fomentar la comunicación adecuada de eventos adversos en el servicio, teniendo en cuenta que el registro es esencial en el proceso de comunicación organizacional, ya que es fuente de datos para análisis de eventos adversos y garantiza seguridad del paciente.

Descripciones: Enfermería; Registros de Enfermería; Administración de la Seguridad; Calidad de la Atención de Salud; Seguridad del Paciente.

¹Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Professora Assistente, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: ilse.tigre@uece.br

²Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Professora substituta do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: menesesroberta@yahoo.com.br

^{3,4,6}Graduandas de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mails: sarahsaleite@hotmail.com, marina_sobral@ymail.com, mariana.cadete@gmail.com

⁵Enfermeira, Mestranda, Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: sarahfigueiredo@gmail.com

INTRODUÇÃO

É crescente a preocupação dos provedores dos serviços de saúde em promover um tipo diferente de assistência, mais focada no paciente, com menos desperdício e custos e melhores resultados⁽¹⁾.

Nesse contexto, uma das exigências para a assistência de qualidade é que as organizações de saúde possuam um canal de comunicação que permita às equipes transmitir e receber informações de forma clara e precisa⁽²⁾, garantindo melhorias na tomada de decisão, na resolução de conflitos e no alcance das metas institucionais.

Por sua vez, o registro clínico é indispensável no processo de comunicação organizacional, pois consiste na forma escrita de transmissão de dados relacionados ao cliente e aos cuidados prestados a este durante a internação hospitalar. Além disso, é considerado elemento essencial no processo de cuidado humano, uma vez que, ao ser redigido de maneira completa e conforme a realidade, possibilita a comunicação permanente entre a equipe multidisciplinar, além de poder destinar-se a outros fins, como pesquisas, auditorias, processos jurídicos, entre outros⁽³⁾.

Em âmbito mundial, tem sido divulgado que falhas na comunicação são, muitas vezes, as principais causas de erros e, conseqüentemente, de eventos adversos⁽²⁾. Os primeiros são definidos como a não realização a contento de uma ação planejada ou a aplicação de um plano incorreto. Já os últimos são definidos como incidentes que resultam em danos a um paciente; por exemplo, se uma unidade de sangue foi infundida de forma errada e o paciente morreu de reação hemolítica⁽⁴⁾. Tais complicações afetam, em média, 10% das admissões hospitalares e constituem um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde atualmente⁽⁵⁾.

Desse modo, um registro adequado das informações no prontuário torna-se essencial para a garantia da segurança do paciente, pois é considerado

fonte de dados para análise da ocorrência de eventos adversos e, ao mesmo tempo, indicador de qualidade dos cuidados em saúde⁽⁶⁾.

Não obstante, sabe-se que é frequente a subnotificação de eventos adversos, o que está associado ao medo de punição por parte dos profissionais, que temem perder o emprego e responder a processos ético-legais. Tal fato prejudica a análise fidedigna dos riscos e eventos ocorridos e das repercussões para a saúde do paciente, bem como impossibilita a implementação de medidas que evitem novas ocorrências⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva, é de fundamental importância que as organizações de saúde estabeleçam políticas e procedimentos específicos para o relato e a divulgação de eventos adversos. Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitassem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, foi instituído, em 1º de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Este tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁽⁸⁾.

Além disso, há uma maior conscientização, a nível nacional, de que os profissionais precisam ser educados em relação às providências a serem tomadas diante das falhas e incentivados a assumir atitude honesta frente ao erro, sem medo de punições, e envolvidos na busca de uma assistência segura aos pacientes.

No maior hospital público do Estado do Ceará, por exemplo, o processo de comunicação de eventos adversos é dirigido pelo Serviço de Gerenciamento de Riscos, com profissionais da equipe multiprofissional responsáveis por orientar os trabalhadores do serviço sobre como proceder ao registro adequado destes eventos, utilizar os boletins de notificação existentes,

bem como realizar busca ativa dos incidentes críticos nas unidades.

No entanto, ainda há uma divulgação constante da inconsistência e/ou escassez de registros de enfermagem e de notificações de eventos adversos no âmbito da assistência hospitalar.

Diante do exposto, questiona-se: qual a visão dos enfermeiros acerca do processo de comunicação de eventos adversos no contexto hospitalar?

Objetivou-se, portanto, analisar o processo de comunicação de eventos adversos no contexto hospitalar, sob a perspectiva de enfermeiros assistenciais.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em janeiro de 2013 no maior hospital da rede pública de Fortaleza-CE. Corresponde a um recorte de pesquisa de maior abrangência intitulada: Segurança no gerenciamento do cuidado de enfermagem: enfoque nos tipos de erros relacionados à assistência à saúde.

Participaram da pesquisa 37 enfermeiros, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhar na instituição há mais de um ano e não ter cargo de chefia. Os enfermeiros foram recrutados nas diferentes unidades do hospital, sendo este quantitativo estabelecido pela saturação teórica dos dados colhidos nas entrevistas, tendo em vista que as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que eram coletados.

Utilizou-se entrevista semiestruturada para a coleta dos dados, que era realizada após o plantão dos enfermeiros e gravada, com o intuito de garantir maior fluência, fidelidade e agilidade ao processo, bem como melhor interação entre entrevistador e entrevistado.

Esta entrevista constava de duas partes: a primeira, com dados sociodemográficos e profissionais (idade; sexo; tempo de formação e de atuação na profissão, instituição e na unidade; setor de atuação; turno de trabalho; e pós-graduação); e a segunda parte, que continha as seguintes questões: 1. Na sua prática, você sendo o autor ou tendo presenciado a ocorrência de um evento adverso, qual a sua ação ou encaminhamento? 2. Você conhece, na unidade em que trabalha, algum instrumento facilitador do registro e da mensuração de eventos adversos? Se sim, qual (is)? 3. Existe incentivo para a comunicação e registro de eventos adversos na unidade/instituição? Explique.

Em seguida, as entrevistas foram transcritas, na íntegra, e passaram por processo analítico e descritivo a partir do referencial da Análise de Conteúdo, considerada uma das técnicas que melhor se adéquam à investigação qualitativa, seguindo-se as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Emergiram, desta análise, 71 unidades de registro (UR), ou seja, 71 frases que caracterizavam unidades de significação a codificar⁽⁹⁾.

Tais UR foram apresentadas em três categorias empíricas, as quais surgiram da leitura e análise aprofundada dos discursos, tendo sido intituladas: 1. Atitudes relacionadas à comunicação da ocorrência de evento adverso; 2. Instrumentos facilitadores da comunicação de eventos adversos; 3. A comunicação do evento adverso e suas implicações para a segurança do paciente.

Os relatos dos entrevistados foram transcritos em documento do Microsoft Word para formar o corpus de análise, sendo identificados pela letra E (de enfermeiro), seguido de um número cardinal, conforme a sequência das entrevistas.

A discussão dos achados foi realizada mediante aprofundamento, comparação e inferências embasadas nas mais recentes evidências científicas sobre Segurança

do Paciente a nível nacional e internacional. Trata-se de uma base conceitual que se pode considerar, atualmente, referencial teórico dentro da grande área de conhecimento da Enfermagem e, mais especificamente, do Gerenciamento em Enfermagem.

O projeto seguiu todas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e a coleta de dados apenas foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (Nº.181.754/12), da anuência da Gerência de Enfermagem da instituição e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

O estudo contou com a participação de profissionais predominantemente do sexo feminino (32), com faixa etária média de $33 \pm 7,3$ anos, pós-graduadas em sua maioria (28), lotadas em unidades de internação clínicas e cirúrgicas (18), com tempo de formação profissional recente, de um a cinco anos (24), e tempo médio de serviço na instituição também recente, de até cinco anos (30).

Foram apreendidas 71 unidades de registro (UR) nos discursos dos enfermeiros entrevistados. Estas foram distribuídas em três categorias conforme se apresenta a seguir:

Categoria 1 – Atitudes relacionadas à comunicação da ocorrência de evento adverso

Nesta categoria, encontra-se a maioria das UR, 40 (56,3%), abordando as atitudes tomadas pelos enfermeiros diante da ocorrência de eventos adversos vivenciados em sua prática. Dentre as ações, destacaram-se: repreender o responsável pelo erro; estabelecer comunicação eficaz com os envolvidos sobre o evento; proceder ao registro em impressos e esclarecer sobre normas e rotinas do serviço para o desempenho de práticas seguras: *Nós trabalhamos com uma equipe multiprofissional e nem sempre todos estão orientados às*

normas e rotinas da instituição, então, vez ou outra a gente observa algum erro, a gente repreende, explica ao colega como funciona e notifica (E3). Aqui no Brasil a política é essa: aconteceu um erro, é punição. Em outros países não, o erro, se ele existir, ele está ali para não acontecer mais (E6). As medidas cabíveis em relação ao profissional que fez o erro é que tem que chegar, tem que conversar e advertir, ou uma punição (E14).

Outros enfermeiros afirmaram proceder à comunicação do ocorrido à gerência de enfermagem, acreditando na responsabilidade desta para com o registro dos eventos adversos e na garantia de uma resolução mais rápida e eficaz de suas causas e consequências. *Nessa unidade, nós não registramos os erros, nós passamos para a nossa coordenadora e elas registram (E33). Comunicamos à gerência para evitar esses problemas, que podem ocasionar prejuízo ao trabalho e ao paciente (E21). Os coordenadores são bem receptivos, a gente comunica qualquer problema que tiver, em relação a qualquer erro (E9).*

Algumas falas demonstraram que os entrevistados desempenham seus papéis de educadores no ambiente de trabalho, ao sensibilizarem os membros da equipe quanto à importância do registro/notificação e do comprometimento no processo de trabalho, uma vez que são responsáveis pelos resultados obtidos por toda a equipe. *São ações tomadas: evoluir o paciente, escrever no livro de ocorrências, estabelecer uma comunicação com o médico e com a equipe toda (E1). O que eu faço é agir, falar com o profissional reservadamente e dizer o certo (E30). A gente tenta sempre sinalizar à equipe para ver se os técnicos tem um pouco mais de atenção (E23).*

Os profissionais de enfermagem também podem desenvolver atitudes estratégicas que incluam o envolvimento da equipe na notificação dos eventos adversos e a discussão de suas causas em reuniões formais, objetivando a implementação de ações preventivas. Tais práticas foram observadas nas falas a seguir: *Ter uma boa comunicação com a equipe, ter uma boa relação com a equipe, e dar um retorno viável ao paciente (E17). Sempre há reuniões, e até pelo fato de aqui ser um hospital-escola, com muitos residentes e acadêmicos, então a gente deixa sempre tudo registrado (E10).*

Finalmente, algumas entrevistadas descreveram a prática da comunicação informal existente no serviço e a omissão dos eventos adversos entre os envolvidos,

inferindo que só repassam à gerência os casos mais graves: *A avaliação tem sido somente boca a boca (E29). Fica só entre a gente, dependendo do grau, tem coisas que a gerência tem que saber, mas dependendo tem coisa que não precisa, a gente resolve. Se for uma coisa solucionável que não cause dano maior para o paciente, fica só entre a equipe (E7). Alguma coisa que a gente vê, se for assim fatal, um erro, é comunicado de urgência para o superior do plantão (E8).*

Categoria 2 – Instrumentos facilitadores da comunicação de eventos adversos

Esta categoria reuniu 23 unidades de registro que abordaram os principais instrumentos do serviço que permitem a comunicação escrita de eventos adversos na instituição, conforme relatados pelos enfermeiros.

Os discursos indicam que existe registro da ocorrência do evento adverso no serviço, demonstrando responsabilidade e compromisso com o paciente e a instituição. *Tudo o que é feito é registrado em impressos e tem um livro, que é um relatório de enfermagem, em que a gente também registra o que é feito no paciente (E4). Existem os formulários que a gente preenche e encaminha para o setor que cuida disso aqui no hospital (E31). Na verdade, não existe nenhum protocolo específico, a gente anota o que a gente acha importante anotar no relatório geral (E15).*

O prontuário do paciente também foi citado como instrumento facilitador do registro de eventos adversos, como se pode perceber nos discursos que se seguem: *O único instrumento em que a gente realiza o registro é o prontuário médico e o livro de ocorrências (E37). Nas nossas próprias anotações do paciente, nas evoluções e nos históricos de enfermagem, a gente pode estar anotando essas coisas (E30).*

Por outro lado, destaca-se um depoimento que expõe a percepção da enfermeira sobre a ausência do registro e sua vinculação à ocorrência de erros: *Como não tem um registro eficaz, também não tem um resultado, porque é como se o erro não existisse (E1).*

Categoria 3 – A comunicação do evento adverso e suas implicações para a segurança do paciente

Esta categoria reuniu oito UR. Destas, a metade relatou a necessidade da notificação para que o erro não se repita. *Registramos em forma de memorando e notificamos para*

nossa chefia de enfermagem, a qual repassa em forma de reuniões para que todo mundo tome conhecimento das possibilidades de erro aqui no setor e para chamar mais atenção para que isso não volte a acontecer (E18). Notificamos para que o erro não se repita, para que possa ser divulgada a informação, para que aquele erro não venha a se repetir (E22). A situação na realidade é que a gente é esclarecida em relação a isso, a gente tem que notificar para que o mesmo erro não volte a acontecer (E34).

Alguns enfermeiros ressaltaram aspectos que influenciam a tomada de decisão quanto à realização do registro, como mostram as falas abaixo: *As pessoas não querem mostrar que erraram, não querem demonstrar que falharam, não querem ser expostas (E6). A gente notifica por escrito os acontecidos, que, muitas vezes, a gente pode até achar que é complicado você levar uma situação para o papel, porque é um registro, mas é isso que a gente utiliza aqui e eu acho que não seja o meio mais fácil (E16).*

DISCUSSÃO

Pode-se perceber, inicialmente, que a maioria dos enfermeiros entrevistados utiliza em seu depoimento o termo erro ao invés de evento adverso. Acredita-se que a elucidação desses conceitos deve ser uma atividade realizada pelos gerentes de risco ou pelas lideranças do serviço na área da Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente. Uma aproximação de todos os profissionais da equipe aos conteúdos e à taxonomia da Segurança do Paciente é importante para que uma linguagem universal seja utilizada e para que todos compreendam uns aos outros no momento de procederem à comunicação dos incidentes, erros e eventos adversos no serviço.

Autores divulgaram, recentemente, uma lista dos principais termos e conceitos rumo a uma Classificação Internacional para a Segurança do Paciente. Demonstraram, no estudo, que o uso consistente dos principais conceitos, definições e termos deve pavimentar o caminho para uma melhor compreensão, para comparações entre instalações e jurisdições, e as tendências para serem monitoradas ao longo do tempo. Ressaltaram, ainda, que mudanças e melhorias,

tradução para outras línguas e alinhamento com outros conjuntos de definições de segurança do paciente será necessário⁽⁴⁾.

Desse modo, o primeiro passo para uma comunicação efetiva de eventos adversos no contexto hospitalar seria a capacitação da equipe de saúde com foco na taxonomia, nas ferramentas, nas estratégias, nos comportamentos e nos indicadores de segurança atualmente divulgados a nível nacional e internacional.

Ao referirem as atitudes relacionadas à comunicação da ocorrência de evento adverso (Categoria 1), os enfermeiros demonstraram a existência de uma cultura punitiva na instituição, tal como vem sendo imposta pelas organizações de saúde nos últimos anos.

Sabe-se, no entanto, que o processo para a prevenção do erro humano advém de mudanças culturais e, conseqüentemente, do aumento na identificação dos eventos adversos, sendo essencial que a liderança acredite em uma cultura não punitiva, por meio de abordagem sistêmica ao erro, ouvindo, acolhendo o profissional e fornecendo-lhe condições para que as falhas não aconteçam novamente. Dessa forma, o profissional se percebe inserido e participante no processo de busca pela segurança no cuidado e consciente da necessidade de notificação⁽¹⁰⁾.

Estudo realizado em unidade de internação clínica encontrou resultado semelhante ao desta pesquisa no que diz respeito à conduta profissional frente ao erro. Verificaram a existência de um processo de notificação do erro aos profissionais hierarquicamente superiores, em que os técnicos de enfermagem relataram informar o ocorrido aos enfermeiros da unidade e estes, por sua vez, o repassavam ao médico assistente do paciente, conforme a situação. Por outro lado, a pesquisa mostrou que os enfermeiros registravam o ocorrido no prontuário eletrônico do paciente, sem omitir informações, atitude que não foi citada pelos enfermeiros entrevistados no presente estudo⁽¹⁰⁾.

Cabe ressaltar que a identificação e responsabilização pelo erro ou pelo evento adverso devem ser transversais. Todos os membros da equipe devem estar sensibilizados para relatar sua participação nos eventos e traçarem as estratégias para redução dos danos e prevenção de novas ocorrências, sempre levando em consideração o trabalho com foco no paciente e na segurança deste, do profissional e do ambiente.

Segundo pesquisadores, a notificação é considerada medida preventiva, estando diretamente relacionada ao gerenciamento de riscos, pois identificar e investigar o erro possibilita a realização de novos treinamentos para que as falhas não ocorram novamente⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, além de promover estratégias educativas para qualificação do exercício profissional e prevenção de riscos, é imprescindível a comunicação da ocorrência de eventos adversos em boletins específicos para este fim e encaminhamento ao setor responsável na instituição, para a adoção de medidas preventivas e de controle, em busca da eliminação de seus danos⁽¹¹⁾.

Dessa forma, observa-se a importância da conscientização e do envolvimento da equipe de saúde na busca por um melhor cuidado ao paciente, livre de danos e erros, em que todos os profissionais de saúde devem, em conjunto, discutir estratégias e condutas frente aos eventos adversos.

Pesquisa com a equipe de enfermagem encontrou uma relação de sinceridade entre o enfermeiro e sua equipe ao vivenciarem eventos adversos na prática, em que a estratégia adotada para enfrentamento foi a honestidade sobre os fatos, o que incluiu não omiti-los, não julgá-los e resolvê-los, assim como proteger e amparar o membro da equipe envolvido. Outra estratégia adotada foi o esclarecimento da situação o mais breve possível⁽¹²⁾.

Outro aspecto relevante nesse contexto é a educação permanente de todos os funcionários da

instituição, por permitir a reflexão sobre diversas questões pertinentes ao cotidiano de trabalho, além de oferecer oportunidade para o debate de temas pertinentes a uma melhor prática assistencial⁽¹⁰⁾.

No entanto, é frequente a subnotificação de eventos adversos nas organizações de saúde⁽¹³⁾, o que pode estar relacionado à falta de conhecimento de alguns profissionais sobre o assunto e de valorização do registro como fundamental na prevenção de novas ocorrências.

Pesquisadores explicam tais atitudes afirmando que, pelo fato dos eventos adversos serem pouco conhecidos e/ou, muitas vezes, não comprometerem a vida do indivíduo, os profissionais realizam o registro e a notificação apenas nos casos considerados mais graves⁽¹⁴⁾.

Estudo norte-americano, após realizar comparação entre os relatos dos pacientes quanto ao cuidado recebido com os respectivos registros, encontrou que 23% dos pacientes haviam sofrido algum evento adverso, porém apenas 11% dos respectivos prontuários mostravam algum problema no cuidado prestado, o que revela a constante subnotificação desses eventos⁽¹⁵⁾.

Diante desta problemática, urge a necessidade de um programa de gerenciamento de risco com qualidade, o qual deve permitir a identificação da provável origem dos eventos adversos, avaliação dos danos causados e tomada das decisões apropriadas concernentes a esses problemas⁽¹⁶⁾.

Os relatos também apontam para a importância de uma boa relação entre a equipe multiprofissional, de forma a não omitir os eventos adversos ocorridos. Ressalta-se, ainda, a importância do registro para promoção de estratégias que impliquem em cuidados de qualidade e satisfação do paciente.

Na análise dos discursos sobre os instrumentos facilitadores da comunicação de eventos adversos (Categoria 2), observou-se que não existe uniformidade

para a realização dos registros sobre o assunto, apesar de serem fundamentais para a comunicação de qualidade e para a continuidade da assistência de enfermagem.

O resultado é alarmante, tendo em vista que a instituição analisada é Hospital Sentinela⁽¹⁷⁾ e, desse modo, deveria garantir a notificação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, a fim de proporcionar mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde.

Os discursos indicaram, portanto, que os enfermeiros entrevistados necessitam de orientações e treinamentos sobre o manejo dos instrumentos e ferramentas de notificação, prevenção, avaliação e monitoramento disponíveis em seu serviço para a melhoria da qualidade e redução de eventos adversos.

Nesse contexto, urge a necessidade de aproximação dos profissionais da equipe multiprofissional aos referenciais teóricos, às evidências científicas, às diretrizes e às políticas de Segurança do Paciente estabelecidas por órgãos nacionais e internacionais.

Merece destaque o Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado no ano de 2013 pelo Ministério da Saúde, ao considerar que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde⁽⁸⁾.

Estudo desenvolvido com enfermeiros intensivistas, ao identificar a percepção desses profissionais em face das ocorrências iatrogênicas vivenciadas, observou que a maioria dos entrevistados fez menção a um formulário utilizado na instituição para a comunicação dos eventos adversos. Este era formado por uma tabela na qual eram registrados os eventos mais recorrentes, seguidos de um protocolo de investigação, em caso de haver algum registro⁽¹²⁾.

É premente a necessidade de divulgação de formulários e protocolos específicos para o tratamento de eventos adversos a nível nacional, o que tem influenciado a construção e a validação de boletins de notificação por parte de enfermeiros. Um exemplo é o Boletim de Notificação de Eventos Adversos (BNEA), elaborado para estabelecer um instrumento de comunicação entre os profissionais de enfermagem e respectiva diretoria sobre eventos adversos com pacientes atendidos no hospital, constando dos seguintes campos: identificação do paciente e unidade; tipos de ocorrências; espaço destinado ao relato da ocorrência e espaço destinado à descrição da conduta do notificador frente ao fato⁽¹¹⁾.

Neste boletim, as ocorrências foram separadas em dois tipos: evento adverso/incidente e ocorrência administrativa (ocorrência que não envolveu diretamente o paciente). Ao analisar o uso do boletim, os pesquisadores encontraram predominância de notificações de ocorrências assistenciais, embora notificações administrativas tenham apresentado número crescente de registros. Confirmaram, ainda, a praticidade do instrumento, que viabilizou sua utilização também por auxiliares e técnicos de enfermagem, ressaltando que a análise sistematizada e o acompanhamento dos eventos adversos associados aos recursos de comunicação mostraram-se fundamentais para a segurança do paciente⁽¹¹⁾.

Acredita-se que, apesar da existência de protocolos institucionais para a notificação do erro, o

prontuário do paciente também seja considerado instrumento relevante para a comunicação e rastreamento de eventos adversos, possibilitando conhecer as causas associadas à sua ocorrência, as condutas tomadas, além de traçar estratégias para a sua prevenção.

Autores acrescentam que o prontuário do paciente proporciona um registro documentado da assistência prestada pela equipe multiprofissional. No entanto, o registro nem sempre retrata com clareza o processo assistencial, o que pode representar dificuldade adicional a ser enfrentada no processo de identificação de eventos adversos. Os critérios de rastreamento devem contemplar as diferentes partes do prontuário, dentre elas a folha de internação, as prescrições médicas, as evoluções e os exames laboratoriais⁽¹⁴⁾.

Sobre este aspecto, pesquisadores já afirmaram que a ausência de registros no prontuário, enquanto instrumento de comunicação, pode repercutir em diversas consequências indesejáveis. Dentre estas, o comprometimento da qualidade da assistência relacionada à própria ocorrência de eventos adversos, na medida em que é através do prontuário que se obtêm as informações necessárias para o atendimento específico e adequado de cada paciente⁽⁶⁾.

Finalmente, na Categoria 3, os enfermeiros relataram as implicações da comunicação do evento adverso para a segurança do paciente e destacaram a necessidade da notificação servir de exemplo para a equipe e para que o erro não se repita.

Corroborando, autores afirmam que a implantação de um sistema de identificação e notificação de eventos adversos, através do registro e divulgação das falhas ocorridas, permite o estabelecimento de melhorias para a prevenção de novas ocorrências⁽¹¹⁾.

Além disso, para que um programa de gerenciamento de risco seja bem sucedido, deve-se instituir um processo sistemático de identificação, quantificação, análise do impacto do erro na assistência

prestada, tratamento com a instituição de medidas seguras e a comunicação dos riscos de forma a permitir que o serviço diminua os efeitos indesejáveis.

Esta comunicação deve ser incentivada pelos enfermeiros gerentes e assistenciais junto à sua equipe, ressaltando os registros de enfermagem como ferramenta indispensável, pois reúne as informações necessárias para uma assistência de qualidade, permite a documentação daquilo que foi realizado, respalda os profissionais em ações legais, integra todas as etapas e fortalece a sistematização da assistência de enfermagem⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se, portanto, a importância de ser valorizada a educação permanente orientada para a promoção da segurança do paciente e da qualidade assistencial, por meio do estímulo ao profissional para a notificação, esclarecendo-lhe a relevância da comunicação do erro no contexto assistencial em que ele está inserido. Também deve ser garantido um retorno ao notificador, que alimenta o sistema⁽¹¹⁾.

O medo de ser exposto e de sofrer represálias, bem como das possíveis consequências de sua falha, podem gerar omissão do evento adverso por parte do profissional. Estudo que avaliou o sentimento de profissionais de enfermagem frente ao erro encontrou que a vergonha foi um sentimento comum expresso pelos profissionais participantes, estando associada principalmente à necessidade de revelar ao paciente e a outras pessoas do ambiente de trabalho a ocorrência do erro⁽⁷⁾.

Para evitar o medo de represália, as instituições devem investir no enfoque da segurança e da qualidade na assistência ao paciente, com consequente criação de uma cultura de segurança, permitindo que a equipe se sinta segura ao informar a ocorrência de um evento adverso. Além disso, indicadores de resultados como os eventos adversos são ferramentas fundamentais da qualidade por apontarem aspectos do cuidado que podem ser melhorados, tornando a assistência aos

pacientes livre de riscos e falhas e, portanto, mais segura⁽¹⁹⁾.

Logo, as instituições de saúde necessitam superar a tradicional cultura de culpa e castigo, incentivando o relato e o aprendizado por meio das falhas. Para tanto, é preciso proporcionar condições de trabalho que possibilitem o compartilhamento de responsabilidades e uma gestão aberta a opiniões, para que toda a equipe tenha como ideal a segurança do paciente⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou compreender e analisar experiências de enfermeiras assistenciais na comunicação de eventos adversos no contexto hospitalar, destacando-se as atitudes tomadas diante da ocorrência dos eventos, os instrumentos facilitadores para comunicação e registro e suas implicações para a segurança do paciente.

Observou-se que, apesar do relato de haver comunicação de eventos adversos na instituição, esta se encontra ameaçada, tendo em vista que nem sempre há notificação e discussão adequada dos casos. Acrescenta-se o fato dos enfermeiros não serem unânimes na identificação dos formulários e documentos do serviço indicados para o registro de eventos adversos, demonstrando inconsistência entre o discurso e a prática em hospital da rede sentinela.

Outro resultado preocupante foi a constatação de que a cultura punitiva ainda prevalece nas situações que incorrem em erro ou evento adverso, evidenciada pelos relatos de práticas de repreensão e punição dos membros da equipe de enfermagem. Nesse contexto, as barreiras comunicacionais implicam em maiores ocorrências adversas, na medida em que o retorno das informações sobre as consequências geradas pelos eventos adversos e a proposta de alternativas mais eficazes para seu manejo não ocorre, impedindo uma resolução a contento.

Diante das lacunas identificadas, faz-se necessária a realização de novas pesquisas com enfoque na problemática da ocorrência e da comunicação de eventos adversos e de suas consequências ao serviço, aos profissionais e, principalmente, aos pacientes nos diversos cenários da saúde. Tais pesquisas devem ser divulgadas aos serviços e à comunidade científica, com o intuito de promover reflexões e mudanças comportamentais nos trabalhadores, mudanças estruturais nos serviços e novas políticas de saúde voltadas para a segurança do paciente.

Sugere-se, ainda, o incentivo à comunicação eficaz de eventos adversos relacionados ao cuidado de enfermagem, o que pode ser garantido por meio de registro e monitoramento dos riscos na prática diária do enfermeiro, como medida de fortalecimento da cultura de segurança e da qualidade, gerando satisfação aos profissionais e pacientes.

COLABORAÇÕES

Leitão IMT e Oliveira RM contribuíram com a concepção do estudo, revisão da literatura, análise dos dados, redação integral do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. Sobral MC e Leite SS contribuíram com a coleta de dados, a revisão da literatura e a análise dos dados. Figueiredo SV e Cadete MC contribuíram com a revisão da literatura e a análise dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Toussaint J, Gerard RA. Uma transformação na saúde: como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador. Porto Alegre (RS): Bookman; 2012.
2. Silva AEBC, Cassiani SHB, Miasso AI, Opitz SP. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(3):272-6.
3. Pedrosa KKA, Souza MFG, Monteiro AI. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. *Rev Rene.* 2011; 12(3):568-73.

4. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care.* 2009; 21(1):18-26.
5. Gallott RMD. Eventos adversos – o que são? *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(2):114.
6. Pavão ALB, Andrade D, Mendes W, Martins M, Travassos C. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(4):651-61.
7. Santos JO, Silva AEBC, Munari DB, Miasso AI. Conducts adopted by nursing technicians after the occurrence of medication errors. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(3):328-33.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529/GM, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
10. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFSM.* 2012; 2(2):290-9.
11. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):287-94.
12. Cecchetto FH, Fachinelli TS, Souza EN. Iatrogenia ou evento adverso: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFPE online [periódico na Internet]* 2010. [citado 2012 out 15]; 4(3):1377-83. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/985/pdf_137
13. Yamamoto MS, Peterlini MAS, Bohomol E. Spontaneous reporting of medication errors in pediatric university hospital. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(6):766-71.
14. Roque KE, Melo ECP. Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso

em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13(4):607-19.

15. Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feibelman S, et al. Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? *Ann Internal Med.* 2008; 149(2):100-8.

16. Kuwabara CCT, Évora YDM, Oliveira MMB. Risk management in technovigilance: construction and validation of a medical-hospital product evaluation instrument. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(5):943-51.

17. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica [Internet] 2003 Brasília: Hospital Sentinela. [citado 2008 set 12]; Disponível em: www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/index.ht

18. Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAS, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. *Rev Rene.* 2012; 13(1):64-73.

19. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16(4):746-51.

20. Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJB, Alves M, Feldman LB. As implicações do processo de acreditação para os pacientes na perspectiva de profissionais de enfermagem. *Enferm Glob.* [periódico da Internet] 2012. [citado 2012 out 15]; 11(25):262-71. Disponível em:http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_administracion6.pdf