



GERENCIAMENTO DE RISCOS E EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

RISK AND ADVERSE EVENTS MANAGEMENT IN AN EMERGENCY UNIT: PERCEPTION OF THE NURSING TEAM

GERENCIAMIENTO DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS EN UNIDAD DE EMERGENCIA: PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Clayton Lima Melo¹, Luciana Valverde Vieira Delfim², Raquel Batista Dantas³, Ricardo Américo Ribeiro de Sá⁴

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção da equipe de enfermagem da unidade de emergência sobre o gerenciamento de risco e adesão ao sistema de notificação de eventos adversos. **Método:** estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, com 34 técnicos de enfermagem. Os dados foram construídos a partir de entrevistas com roteiro semiestruturado, gravadas em áudio, transcritas na íntegra e analisadas pela Técnica de Análise de conteúdo. O projeto foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 02054212.7.0000.5098. **Resultados:** as análises revelaram que 97% dos entrevistados consideraram que pacientes estão expostos a eventos adversos principalmente nas unidades de emergência; a maioria afirmou que foi sensibilizada sobre tema; 35% referiram terem utilizado o sistema de notificação de eventos. **Conclusão:** a maioria dos entrevistados identificou corretamente os eventos adversos, porém a adesão ao sistema eletrônico de notificação de eventos ainda foi insatisfatória, o que gerou subnotificação. **Descritores:** Gerenciamento de Segurança; Enfermagem em Emergência; Doença latrogênica; Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of the nursing team of the emergency unit on risk management and adherence to the system of reporting adverse events. **Method:** descriptive and exploratory study with a qualitative approach, with 34 nursing technicians. The data were constructed from interviews with a semi-structured guide, audio-recorded, transcribed verbatim and analyzed by the Content Analysis technique. The project was approved by the Ethics in Research Committee, CAAE 02054212.7.0000.5098. **Results:** the analyses revealed that 97% of respondents considered that patients are exposed to adverse events especially in emergency units; the majority affirmed that was touched on the theme; 35% reported having used the system of event notification. **Conclusion:** the majority of respondents correctly identified the adverse events, however, the adherence to the electronic system of event notification was still unsatisfactory, which led to underreporting. **Descriptors:** Safety Management; Emergency Nursing; iatrogenic Disease; Nursing Team.

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción del equipo de enfermería de la unidad de emergencia sobre la gerencia de riesgo y adhesión al sistema de notificación de eventos adversos. **Método:** estudio descriptivo, exploratorio, con abordaje cualitativo, con 34 técnicos de enfermería. Los datos fueron construidos a partir de entrevistas con guía semi-estructurada, grabadas en audio, transcritas en la íntegra y analizadas por la Técnica de Análisis de contenido. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE 02054212.7.0000.5098. **Resultados:** los análisis rebelaron que 97% de los entrevistados consideraron que pacientes están expuestos a eventos adversos principalmente en las unidades de emergencia; la mayoría afirmó que fue sensibilizada sobre el tema; 35% dijeron haber utilizado el sistema de notificación de eventos. **Conclusión:** la mayoría de los entrevistados identificó correctamente los eventos adversos, sin embargo la adhesión al sistema electrónico de notificación de eventos aún fue insatisfactoria, lo que generó sub-notificación. **Descriptores:** Gerenciamiento de Seguridad; Enfermería en Emergencia; Enfermedad latrogénica; Equipo de Enfermería.

¹Enfermeiro, Professor Mestre em Enfermagem, PUC Minas / Centro Universitário UNA. Enfermeiro, Unidade de Emergência e Cuidados Intensivos, Preceptor da Residência Multiprofissional de Saúde, Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: claytonmelobh@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Unidade de Internação, Hospital Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: luvalverde_10@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Especialista em trauma, urgências e terapia intensiva, Faculdade Estácio de Sá, Centro Universitário UNA. Enfermeira assistencial e Preceptora, Residência Multiprofissional de Saúde, Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: raqueldantas.enfer@yahoo.com.br; ⁴Enfermeiro, Educação Continuada / Hospital Universitário São José. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: ricardo_ars@msn.com

INTRODUÇÃO

O gerenciamento de riscos é um dos temas mais discutidos em âmbito hospitalar nos últimos anos, que vinculado aos processos de melhoria continua vem contribuindo para qualidade e excelência dos serviços prestados. O enfermeiro tem papel importante neste cenário, visto que as atividades de gestão relacionadas à enfermagem são de sua responsabilidade, bem como os processos de capacitação e educação permanente.¹⁻²

O cuidado deve ser realizado com qualidade, livre de riscos e falhas, comprometido com a segurança do cliente, promovendo a saúde sem gerar danos. Segundo alguns autores, incidentes, eventos adversos, iatrogenias ou erros assistenciais são ocorrências indesejáveis, prejudiciais e danosas que comprometem a segurança do paciente. Além de danos emocionais e físicos podem ocorrer aumento no tempo de internação, sofrimento por parte do cliente, incapacidade temporária ou permanente e até mesmo a morte. As consequências não se limitam apenas ao paciente, podem inclusive atingir seus familiares.^{1,3-4}

A despeito dos mecanismos de prevenção, a primeira medida adotada deve ser admitir que o erro possa acontecer, entendendo e procurando solução para o mesmo. Deve-se lembrar que o erro é característico do “ser humano” e ocorre independente da vontade pessoal, capacidade profissional e atenção dispensada para o procedimento, tendo em vista que outros fatores tais como o ambiente, o psicológico e o fisiológico contribuem para sua ocorrência.⁵

Desta forma, a notificação de eventos adversos permite que sejam implementadas ações, diante das falhas apresentadas, podendo ser utilizadas como indicadores, estabelecendo metas a serem cumpridas. As falhas estão presentes em todas as unidades hospitalares e são maximizadas em serviços que absorvem grande demanda de pacientes com níveis variados de complexidade, dentre os quais podem ser citadas as unidades de terapia intensiva, urgência e emergência.¹

Dentre os serviços de saúde, o setor de emergência, por sua rotatividade, dinâmica de atendimento e realização de atividades agrega fatores como o stress e escassez de profissionais, o que pode desencadear ocorrências indesejáveis, com consequências para pacientes e profissionais envolvidos. As causas dos erros identificados estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, desvio de atenção, falta de conhecimento, entre outros. Os erros são considerados um

problema multidisciplinar, que requerem sensibilização dos profissionais para o planejamento de metas a serem implementadas a curto, médio e longo prazo para prevenção e redução dos potenciais erros existentes no setor.⁶

O evento adverso é uma lesão ou dano não intencional que tenha resultado em incapacidade, disfunção temporária ou permanente, ou em internação prolongada em consequência do cuidado prestado. Como consequência, esses agravos podem demandar intervenções médicas, hospitalização ou o seu prolongamento além de aumento dos custos em saúde e do risco de óbito para o paciente.⁷

Desta forma, o destaque apresentado pelos processos iatrogênicos no cenário de saúde atual, faz com que haja a necessidade de mapear, controlar e minimizar esses eventos, surgindo neste panorama a gestão de risco. Define-se gestão de risco como a cultura, as estruturas e os processos voltados ao reconhecimento de oportunidades potenciais concomitantemente ao gerenciamento dos seus efeitos adversos.⁸

Durante a assistência ao paciente, os erros e eventos adversos são pouco explorados e estudados. Todo evento que implica em dano ou mesmo aquele que represente dano potencial ao cliente, deve ser comunicado e relatado por meio de instrumento adequado, uma vez que em situações onde há erro e não há dano correspondente, eventos adversos não são notificados. Este fato faz crer que os eventos adversos são identificados pelos profissionais de saúde como algo não usual, banalizando assim, a sua ocorrência. Quando o erro é banalizado ou não reconhecido, a consequência direta é a subnotificação. Consequentemente, casos que se tornam de conhecimento público correspondem apenas à ponta de um imenso *iceberg*.³

A segurança do paciente é princípio fundamental do cuidado e componente crítico do gerenciamento da qualidade. Estudos envolvendo o tema têm como foco as falhas no sistema de cuidado, ou seja, falhas atribuídas à organização hospitalar. Falhas não intencionais ocorrem devido à natureza complexa do cuidado, que envolve um grande número de intervenções e cujos aspectos nenhum profissional de saúde pode controlar. Esse contexto de risco requer que potenciais falhas sejam antecipadas e que procedimentos preventivos sejam implantados.⁹⁻¹⁰

No Brasil ainda não é possível mensurar efetivamente a ocorrência dos eventos adversos devido à ausência de um banco de dados único que nos mostre o número e a análise dos fatos ocorridos, embora, existam

algumas iniciativas como a Rede Sentinela da ANVISA que em parceria com os serviços de saúde brasileiros, visam construir uma sistematização preparada para a notificação de eventos adversos em três categorias: tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância.¹¹

Nesta perspectiva, pode-se citar pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro onde foram analisados três hospitais, evidenciando que 8 em cada 100 pacientes internados sofrem um ou mais eventos adversos. Mas, o mais grave é que 67% destes eventos poderiam ser evitados através de ações gerenciais.⁹

Em consequência da necessidade iminente de se prevenir a ocorrência dos eventos adversos em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o projeto “Aliança Mundial para Segurança do paciente” que visa à prevenção de danos, sendo que um de seus elementos centrais é a ação chamada “Desafio Global”, que a cada dois anos lança um tema prioritário a ser adotado.¹²

Gerenciar riscos é importante pois reduz a incidência de doenças e danos, encurta o tempo de tratamento e/ou hospitalização, melhora ou mantém o status funcional do paciente, além de aumentar sua sensação de bem-estar. Através do gerenciamento de risco, os recursos financeiros empregados no controle dos riscos são aplicados de forma racional, visto que as etapas deste gerenciamento possibilitam a seleção do que é necessário e prioritário na execução dos procedimentos de controle de risco.¹³⁻¹⁴

O interesse desta pesquisa surgiu, após a realização de oficinas de sensibilização sobre gerenciamento de riscos e a implementação de um sistema eletrônico utilizado para notificação dos eventos adversos na unidade de emergência de um Hospital Geral do município de Belo Horizonte, no ano de 2010, tiveram enfermeiros como multiplicadores e como público alvo, todos os profissionais ligados a assistência direta e indiretamente.

A partir do exposto, surgiu o problema deste estudo, norteador pelas seguintes indagações: Qual é a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência sobre o gerenciamento de riscos? Qual o nível de conhecimento deles sobre esta temática? Como é a adesão desta equipe ao sistema eletrônico de notificação de eventos adversos?

Ao considerar que o gerenciamento de riscos e a notificação de eventos adversos são peças-chaves para o atendimento e a segurança do cliente, torna-se relevante compreender a percepção do profissional neste processo, contribuindo assim para avaliação da instituição sobre o impacto das

oficinas, nível de conhecimento da equipe e as atitudes diante dos eventos adversos e do sistema de notificação implementado. Assim o presente estudo teve por objetivo compreender a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência sobre o gerenciamento de risco em saúde, assim como a adesão desta equipe ao sistema eletrônico de notificação de eventos adversos.

MÉTODO

Pesquisa de campo descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Esta abordagem foi utilizada no intuito de permitir uma avaliação mais ampla dos resultados obtidos, das possibilidades de descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo.¹⁵⁻¹⁶

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças e das percepções; produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de suas vivências, de seu modo de sentir e pensar.¹⁷

O campo de estudo foi a unidade de emergência de um hospital de grande porte de Belo Horizonte - MG, referência no atendimento de urgências e emergências no município.

Os sujeitos do estudo foram 34 técnicos de enfermagem da referida unidade, que correspondem a 42,5% do total. Critérios de exclusão adotados: trabalhadores que se encontravam de férias e licença médica e dois técnicos que se recusaram a participar da pesquisa.

A construção dos dados foi realizada em setembro de 2011. Os participantes foram abordados mediante agendamento prévio, com orientações sobre a pesquisa e participação voluntária. Para preservar o anonimato optou-se pela identificação os indivíduos pela letra E, seguida do número correspondente à entrevista realizada. A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante entrevista semiestruturada, gravada em áudio, transcritas posteriormente na íntegra e armazenadas em um banco de dados.

As entrevistas foram interrompidas quando percebido a saturação de dados, que caracterizada como fechamento amostral por saturação teórica operacionalmente definida como suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.¹⁸

Para tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin e seguida as três etapas propostas pela autora: pré análise, que consiste na organização dos dados; exploração do material, determinada pela codificação, classificação dos discursos e elaboração das categorias relevantes para o objetivo da pesquisa e a terceira etapa de tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos dados buscando a significância e validação dos mesmos.²⁰ Ainda utilizou-se a análise estatística simples, por meio de cálculo de frequências, o que é uma possibilidade dentro da análise de conteúdo.

Por meio da análise pertinente dos fragmentos dos discursos emergiram 4 categorias de análise: O conhecimento da equipe sobre gerenciamento de riscos em saúde; A ocorrência de eventos adversos na unidade de emergência; A notificação de eventos adversos; Intervenções que favorecem a prevenção dos eventos adversos.

O estudo obedece aos preceitos éticos e legais, em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).¹⁹ e teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital selecionado, mediante CCAE nº 02054212.7.0000.5098 e parecer nº 0060.0.391.216.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Caracterização dos sujeitos do estudo

Os sujeitos apresentam idade média de 34 anos, com predominância do gênero feminino (59%). Em relação ao vínculo trabalhista, 91% foram admitidos através de concurso público e 9% por regime de contrato administrativo. Quanto ao turno de trabalho, 59% pertencem ao período diurno e 41% ao noturno, sendo que 53% exercem carga horária de 30 horas semanais e 47% carga horária de 40 horas semanais. O tempo de trabalho médio na unidade de emergência foi de 3 anos e 5 meses.

♦ Categoria 1: o conhecimento da equipe sobre gerenciamento de riscos em saúde

Nessa categoria, identificou-se o conhecimento que os sujeitos têm sobre o gerenciamento de riscos. A maioria dos entrevistados (97%), afirmaram que pacientes estão sujeitos a algum tipo de risco na assistência em instituições hospitalares, principalmente nas unidades de emergência, conforme os discursos abaixo:

Sempre pode acontecer algum erro, ainda mais que a assistência deve ser feita com certa rapidez e destreza, pode acontecer

alguma coisa sim, erro de medicação, via e dose errada. (E21)

A demanda é muito grande, nós somos passíveis de errar mesmo, devido ao grande número de pacientes em relação ao número de funcionários. (E22)

Os riscos assistenciais realmente são mais intensificados nas unidades de emergências, pois estas absorvem grande demanda de pacientes com graus variados de gravidade, além de conviverem com deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos e materiais.¹

Estudos realizados pela Fundação Oswaldo Cruz em hospitais brasileiros, mostram que durante o período de internação 7,6% dos pacientes sofrem algum dano decorrente da assistência, este percentual é similar ao observado em outros países como Canadá, Dinamarca e Espanha.⁷

Com relação ao conhecimento dos profissionais sobre gerenciamento de riscos e eventos adversos, mais da metade dos entrevistados (56%) apresentaram dificuldades conceituais, apesar de afirmarem ter participado de uma sensibilização sobre o tema, inclusive, pela própria instituição.

Gerenciamento de riscos é tipo POP, criar regras para gerenciar a urgência, deve ser realizado por uma pessoa nomeada, que montaria uma planilha para identificar os riscos do setor. (E29)

Aquilo que ocorre e pode causar um dano para o funcionário ou para o paciente. O funcionário pode ser contaminado por um perfuro cortante. (E17)

O registro das falas acima, inconsistentes do ponto de vista conceitual sobre as definições intrínsecas referentes ao tema gerenciamento de risco e segurança do paciente, subsidiam a necessidade do desenvolvimento de programas educacionais que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, de modo a capacitar os profissionais para que estes contribuam com a instituição e a sociedade em relação a prevenção de eventos adversos.²¹

Apesar de apresentarem dificuldades conceituais, 53% dos entrevistados afirmam que todos os profissionais envolvidos no cuidado são responsáveis por gerenciar os riscos na assistência. As ações estratégicas devem ser implementadas para que toda equipe seja capacitada técnica e eticamente e se sinta co-responsável pelo cuidado de qualidade, buscando minimizar a ocorrência dos eventos adversos.²² Alguns discursos apontam para isto:

Toda a equipe, tanto o coordenador, quanto o enfermeiro e o próprio técnico são

responsáveis por gerenciar o risco, porque se cometermos um erro, nós temos que reportar ao enfermeiro e ele reportar à coordenação, então é um trabalho em equipe, não tem A, B ou C. (E24)

♦ Categoria 2: a ocorrência de eventos adversos na unidades de emergência

Os eventos adversos mais frequentes reconhecidos pelos participantes foram: erro na administração de medicamentos (62%) e queda do leito (56%). Outros eventos como: erros na prescrição médica, retirada de sondas pelos próprios pacientes, queimadura, extubação acidental e lesões por contenção mecânica, foram relatados com menor frequência.

Às vezes temos pacientes com nomes iguais, assim as medicações podem ser trocadas. (E9)

Queda da maca, erro de medicação são mais comuns. (E28)

A contenção no leito causa lesão, mais se não conter o paciente pode cair da maca. (E30)

De acordo com pesquisas realizadas na Universidade Harvard, 38% dos eventos adversos ocorridos em ambientes hospitalares estão relacionados a erro de medicação e estudos realizados no Reino Unido evidenciaram a ocorrência de mais de 200.000 quedas no período de um ano.¹³ Estudo brasileiro semelhante, realizado em um Hospital Universitário no Estado de São Paulo, também demonstrou que erro na administração de medicações e queda são os eventos mais comuns no ambiente hospitalar.²

Em um estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral do Rio Grande do Sul, os autores fazem referência do surgimento dos eventos adversos da assistência ao erro humano e têm como resultado os erros de medicações como os mais frequentes no cotidiano da UTI.²³

Diante dessas evidências, e com base nas afirmações dos sujeitos, parece evidente a necessidade da criação de mecanismos que consigam minimizar ou cessar a ocorrência destes eventos, pois a prevenção é de crucial importância para quem deseja prestar uma assistência com qualidade e menor risco.³

Quando questionados sobre eventos adversos relacionados à unidade de emergência, a queda do leito (42%) e erro na administração de medicamentos (27%) também foram os mais citados, porém em proporções diferentes, o que pode estar relacionado à maior permanência dos pacientes em macas e a ausência de acompanhantes nestas unidades.

Apesar de toda equipe ser centrada, o evento adverso pode acontecer, pois ninguém é perfeito, nós vemos mais é queda de maca, paciente agitado cai mesmo. (E9)

Tem paciente que vira com a maca e tudo, acho que o certo seria permanecer na cama. Tem pacientes que ficam muitos dias na maca aguardando vaga. (E33)

A maioria dos entrevistados (55%) reconhece que já cometeram algum evento adverso, porém afirmam que foram induzidos por outro profissional a cometer o erro:

Outro dia eu fiz uma furosemda na paciente achando que era dipirona, era para administrar na outra paciente, mas o médico residente me levou a fazer isso. Não estou justificando o meu erro, mas ele me levou a fazer isso. (E9)

Autores de estudos nesse seguimento apontam que, erros podem ser influenciados por diversos fatores. Eventos adversos raramente ocorrem por um único erro, mas sim por uma quebra na barreira de defesas contra a ocorrência dos eventos. Também afirmam a existência de outros fatores que favorecem a ocorrência dos eventos adversos tais como: avanço tecnológico com incompatibilidade do aperfeiçoamento 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 e sobrecarga de serviços.^{22,24}

Em relação à prática de administração medicamentosa, vale ressaltar que esta representa uma das maiores responsabilidades da equipe de enfermagem, pois, tal prática determina que a assistência dispensada seja exercida de modo adequado e seguro ao paciente sendo, neste sentido, imprescindível que os erros sejam evitados. Para tanto, faz-se necessário uniformizar o conhecimento entre a equipe de enfermeiros e de seus liderados, no que diz respeito aos aspectos ético-legais que envolvem desvios da qualidade na prestação da assistência, particularmente no processo de administração de medicação e suas implicações.

Dentro da ótica apresentada, o código de ética da Enfermagem, reformulado pela Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabelece critérios para direitos, deveres e proibições para esses profissionais, e como princípios fundamentais atribui os seguintes deveres:²⁵

“Cap.I, Responsabilidades e Deveres”.^{25:58}

“Art. 5º - Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade”.^{25:58}

Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.^{25:59}

Considerada ação ilícita, portanto de caráter proibitivo ao profissional, “administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade de risco (artigo n° 30) e executar prescrições de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa (artigo n° 32)”.^{25:61}

Em relação aos deveres, o artigo n° 37 em seu parágrafo único estabelece que:

O profissional de enfermagem poderá recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica em caso de identificação de erro ou ilegibilidade, ou que não possuam assinatura e o número do registro do prescritor, exceto em situações de urgência e emergência (...)^{25:61}

A despeito do gerenciamento do tipo de evento adverso em questão, percebe-se que a cultura da maioria dos profissionais de saúde ainda permanece atrelada a processos de responsabilização de “culpados” e da identificação de falhas, apesar de estudos nessa área apontarem a necessidade de discussões amplas que envolvam uma visão sistêmica e não individualizada do erro e de o Brasil (há quase uma década) já possuir uma política nacional para gerenciamento de riscos e eventos adversos, com incentivo a implementação de sistemas de identificação dessas ocorrências para que prevenção seja efetiva.

Essa premissa é justificada pelos resultados dessa pesquisa que apontou que 56% dos entrevistados afirmam que já presenciaram a ocorrência de eventos adversos ocasionados por colegas de trabalho. A respeito disto, percebe-se que os sujeitos se sentem mais a vontade para relatar o erro do colega do que o próprio erro, conforme relatos abaixo:

Eu presenciei a administração de uma medicação que não estava prescrita, a paciente estava com febre e o meu colega administrou dipirona e a paciente era alérgica. (E16)

A administração de medicamentos sem prescrição médica demonstra imprudência por parte do profissional, segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem é responsabilidade do profissional assegurar ao cliente uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.²⁵

Na unidade de emergência, o acesso as várias classes de medicações é livre, o que aumenta o risco para ocorrência do erro na administração dos medicamentos durante a fase crítica de atendimento.⁶

Quando questionados sobre os eventos adversos relacionados a outros profissionais, 24% dos sujeitos não opinaram sobre do assunto e 21% apontam o erro de prescrição médica como fator facilitador para ocorrência de eventos adversos relacionados a medicação. Foram citados também eventos como pneumotórax, perda de acesso venoso e retirada acidental de sonda. Os relatos abaixo sinalizam para isto:

O que é muito comum de acontecer é erro na prescrição médica, se o profissional da enfermagem não for experiente e atento, ele pode causar dano ao paciente. (E17)

Como as prescrições são digitadas e impressas, muitas medicações que eram para serem suspensas continuam sendo prescritas. (E11)

A instituição pesquisada utiliza a prescrição eletrônica, que deveria ser uma forma de minimizar os erros, porém de acordo com os sujeitos, os erros são mais prováveis de ocorrer devido a prática comum dos médicos em copiar prescrições anteriores.²⁶

Alguns fatores foram caracterizados como facilitadores para a ocorrência dos eventos adversos segundo os entrevistados tais como: sobrecarga de trabalho (15%), superlotação das unidades (12%) e falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar (12%). Outros fatores apresentaram porcentagens menos relevantes: escassez de funcionários, desatenção, imprudência, inexperiência, ausência de treinamento, erro de prescrição, identificação inadequada dos pacientes, rotatividade dos clientes, desleixo do profissional que presta o cuidado, ausências de rotinas, espaço físico reduzido e excesso de atividades administrativas. Os dados são afirmados conforme os discursos apresentados:

O erro na assistência acontece sim, devido à sobrecarga do trabalho, acontece não só por parte da enfermagem, mas por parte de toda equipe multidisciplinar. (E32)

Acho que é a demanda, muito paciente, pouco funcionário, falta de comunicação. (E12)

O erro humano, nas diversas profissões da área de saúde, pode acontecer em decorrência de fatores isolados ou múltiplos, quer sejam inerentes ao próprio paciente, planta física, materiais, equipamentos e fatores humanos.²⁷

• Categoria 3: a notificação de eventos adversos

Grande parte dos entrevistados (68%) reconhece a existência de um programa eletrônico para a notificação de eventos adversos na unidade e 41% relatam terem

recebido treinamento para utilização do mesmo. Ressalta-se, porém que, 18% dos entrevistados reconhecem que check-list de leito, livro administrativo e Procedimento Operacional Padrão são instrumentos de notificação, o que, mais uma vez denota desconhecimento, por parte destes, da forma adequada de efetuar este registro.

Com relação ao ato de notificar, 68% dos sujeitos não se sentem aptos a realizar notificação eletrônica, reconhecendo que esta atribuição é do enfermeiro, pois consideram uma rotina administrativa. Quanto questionados se já notificaram algum evento adverso, somente 35% afirmam positivamente.

Uma vez o paciente caiu da maca e machucou, não notifiquei, pois estava todo mundo lá, tinha médico e a supervisão de enfermagem. (E8)

O evento é uma coisa que eu tinha que notificar, mas não notifiquei, não tive tempo, comuniquei apenas para supervisão de enfermagem. (E3)

Dos sujeitos que realizaram notificação, 50% relatam ter notificado eventos próprios e 50% eventos adversos produzidos pelo colega de trabalho. Os dados se afirmam conforme os discursos apresentados:

Se o evento adverso for comigo eu irei notificar, mas se foi com meu colega fica a cargo dele, eu não relataria, deixaria pra ele, pois vai da consciência de cada um. (E9)

Até comuniquei o evento cometido pelo meu colega para supervisão, pois achei muito grave. (E10)

A não notificação impede que os eventos sejam avaliados, dificultando a implementação de ações preventivas. A notificação de eventos adversos é uma atribuição de todos os profissionais, sendo imprescindível que conheçam a ferramenta e se sintam seguros e aptos para tal. Entender o ato de notificar é um importante passo para estipular políticas que garantam a segurança dos pacientes que procuram assistência em hospitais.^{25,28}

◆♦Subcategoria 3.1: fatores que influenciam o ato de notificar

Quando questionados sobre os fatores que influenciam a notificação dos eventos adversos, 30% dos entrevistados afirmam que têm receio de repressão dos colegas e 27% afirmaram que têm medo de punição.

Eu acho que seria o medo da punição, deveria ficar bem claro para toda equipe, que a notificação é feita para que o erro não ocorra mais e não para serem punidos. (E16)

O sentimento construído no passado acerca do ato punitivo, em que as advertências da chefia de enfermagem eram utilizadas como

estratégias para reduzir o quantitativo de erros, evidenciava o erro como uma causa individual e não como uma falha sistêmica.² Este fato é complementado por Carvalho e Cassiani quando estes afirmam que os números relatados de erros nas instituições hospitalares referem-se apenas à ponta do iceberg, já que os erros comunicados, muitas vezes, são somente os que acarretam algum dano ao paciente.²⁹

Dos funcionários que realizaram a notificação no sistema eletrônico, apenas 8% relataram retorno da instituição, fato este que desestimula a equipe e favorece a subnotificação.

Nunca recebi retorno da instituição, acho que é por isso que ninguém notifica, nós não temos retorno. (E5)

Não houve retorno, eu esperava que houvesse uma resposta, é isto que desestimula a gente. (E20)

A notificação dos eventos adversos facilita a investigação da qualidade da assistência, esta deve favorecer a comunicação entre a equipe e a instituição, porém, de acordo com relatos dos sujeitos esta comunicação não tem sido fidedigna, pois os mesmos não tem recebido retorno a respeito dos eventos adversos notificados.²²

Outro fator que se faz valer em relação a notificação é o estímulo das chefias. Este influencia diretamente no interesse do funcionário notificar a ocorrência dos eventos adversos: 53% dos sujeitos afirmam que já receberam estímulo das chefias, o que é exposto no relato abaixo:

As chefias são bem conscientes e orientam os profissionais, estimulando a fazer as notificações. (E15)

Já 47% relatam que o estímulo existe, mas não é constante, este ocorre mediante a ocorrência do evento adverso, o que foge da concepção de prevenção. Este fato pode ser evidenciado nos discursos:

Não é falado muito, só somos estimulados quando ocorre um evento adverso. (E1)

Acho que é porque não tem rotina, obrigação de notificar, se fosse igual a uma evolução, que é obrigatória, nós faríamos. (E2)

A motivação para o trabalho é um aspecto que interfere no processo de relações humanas, produtividade e qualidade de vida. Neste sentido, o estímulo das chefias é de extrema importância para a implementação de toda e qualquer ferramenta ligada ao processo de trabalho.³⁰

◆ Categoria 4: intervenções que favorecem a prevenção dos eventos adversos

Foi solicitado aos participantes sugestões de intervenções para melhoria contínua do processo de trabalho focado na prevenção dos eventos adversos assistenciais. Fatores como adequação do número de funcionários, diminuição do absenteísmo e educação permanente são citados como medidas que previnem a ocorrência dos eventos adversos, conforme relatos abaixo:

Na sala de emergência, os funcionários estão sobrecarregados, estressados, alguns pegam atestado médico, isto favorece os eventos adversos, tem que ser olhado isto para reduzir a chance de erros. (E9)

Se você não trabalhasse com escala reduzida aconteceriam menos erros. Quando faltam funcionários você assume mais pacientes e precisa dar atenção aos mais graves, aí pode acontecer um evento adverso. (E6)

Os profissionais que trabalham em unidades de emergência enfrentam conflitos, diariamente, por atuarem em ambiente superlotado, com recursos humanos, tecnológicos e de estrutura física nem sempre adequados, não oferecendo condições para acomodar os usuários com segurança e qualidade.³¹

Uma das medidas de prevenção de eventos adversos na emergência seria treinamento, educação continuada para os funcionários. (E17)

Eu acho que treinamento, oferecer condições para que todos trabalhem corretamente. (E20)

Treinamento constante como forma educativa. (E15)

Nota-se que a educação permanente é essencial para o desenvolvimento das pessoas e assegura a qualidade da assistência aos clientes, devendo, também, ser voltada para a realidade institucional e necessidades da equipe. Diante das novas exigências das organizações de saúde, a enfermagem enfrenta contínuas transformações, o que mostra que as pessoas precisam procurar a melhor forma de ampliar seus conhecimentos, e um dos caminhos é a educação e a aprendizagem contínuas.³²

CONCLUSÃO

As instituições de saúde devem ter como princípio básico oferecer ao cliente uma assistência qualificada e segura. O presente estudo evidenciou que a maioria dos entrevistados identifica corretamente os eventos adversos e foi sensibilizado sobre o tema, mas a adesão ao sistema eletrônico de notificação de eventos adversos ainda é pequena, o que gera subnotificação.

O gerenciamento de risco deve fazer parte do cotidiano nas instituições de saúde, em especial das unidades de emergência, nas quais o elevado volume de pacientes, a imprevisibilidade, a exigência de vigilância contínua e de cuidados rápidos e especializados aumentam a exposição a riscos assistenciais e à probabilidade de risco de eventos adversos.

Para que esses serviços apresentem maior eficácia na abordagem dos eventos adversos e conseqüentemente minimizem seus impactos sobre os custos e os danos aos pacientes, torna-se indispensável a prática de ações educativas voltadas para a equipe multidisciplinar envolvida no cuidado, no sentido de melhor identificar para melhor prevenir a ocorrência de eventos adversos. A educação permanente é necessária para construção de novas práticas em saúde e organização do serviço, tendo em vista os desafios do cenário atual.

Nessa ótica, a conscientização dos colaboradores quanto ao reconhecimento e notificação do erro é de suma importância. Sem dúvida, isso só ocorrerá com a mudança da cultura cunhada na “culpa” e na identificação de “culpados” para uma visão sistêmica do processo de erro, cujo patamar superior enfoca a identificação adequada das causas que levaram às falhas para eficazmente corrigi-las e prevenir novos eventos. Assim, treinamentos mais efetivos, sistemáticos e periódicos tornam-se necessários para que a equipe internalize conceitos e atitudes indispensáveis ao gerenciamento de riscos e manuseio do sistema de notificação para que conseqüentemente haja mudança na prática.

A pesquisa apresenta, contudo, algumas limitações. O método utilizado nesta pesquisa, de abordagem qualitativa, com análise de conteúdo, avaliou a percepção da equipe de enfermagem da unidade de emergência de um hospital específico, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, não permitindo generalizações para outras instituições. Os dados analisados mostram a percepção subjetiva destes profissionais de enfermagem e que tem relação com o seu processo de trabalho e conhecimento prévio. É fundamental que se ressalte que, apesar de as categorias pesquisadas serem significativas, de acordo com o referencial teórico apresentado, não esgotam as possibilidades do tema em estudo.

Indubitavelmente, espera-se que os resultados possam contribuir para o fortalecimento da cultura organizacional voltada para segurança dos pacientes, além

de colaborar para criação de novas pesquisas referentes ao tema.

REFERÊNCIAS

1. Santos AE, Padilha KG. Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Rev bras enferm* [Internet]. 2005 July/Aug [cited 2012 Feb 15];58(4):429-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a09v58n4.pdf>
2. Paiva SAR, Paiva CMS, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2010 June [cited 2012 Feb 15];44(2):287-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>
3. Roque KE. Avaliação dos eventos adversos relacionados à medicação no contexto hospitalar [Tese]. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ); 2009. Available from: <http://www.unirio.br/propg/posgrad/strictopaginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/dissertacoes%202009/avaliacao%20dos%20eventos%20adversos%20relacionados%20a%20medicacao%20no%20contexto%20hospitalar.pdf>.
4. Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Latinoam enferm* [Internet]. 2008 Aug [cited 2012 Feb 15];16(4):746-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_15.pdf.
5. Coimbra JAH. Prevenção e detecção de erros de medicação. *Ciência, cuidado e saúde*. Maringá, 2006; supl. 5:142-8.
6. Oliveira CR, Camargo AEB, Cassiani SH. Estratégias para prevenção de erros na medicação no setor de emergência. *Rev bras enferm* [Internet]. 2005 July/Aug [cited 2012 Feb 15];58(4):399-404. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400004
7. Mendes W. Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007. Available from: <http://www.bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docs/online/get.php?id=1080>
8. Det Norske Veritas (DNV) - Managing Risk. *Gestão de Riscos na Área da Saúde*; 2011.
9. Fundação Oswaldo Cruz. É possível um cuidado seguro para os pacientes. Rio de Janeiro; 2009. [cited 2011 June 14]. Available from: <http://www.fiocruz.br/bibsmc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=121&sid=46>.
10. Runciman WB. Lessons from the Australian Patient Safety Foundation: setting up a national patient safety surveillance system--is this the right model? *Qual Saf Health Care*. 2002; 11: 246-251.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2011 June 14]. Available from: <http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/index>.
12. Zambon LS. Primum Non Nocere. *Rev Medicina Net* [online]. 2009 [cited 2011 June 14] Available from: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/901/introducao_primum_nn_nocere
13. Quinto Neto A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Rev Adm Saúde* [Internet]. 2006 Oct/Dec [cited 2012 Feb 15];8 (33):153-58. Available from: http://www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranc a.pdf
14. Ralston JD, Larson EB. Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety. *J Postgrad Med*; 2005.
15. Gil AC. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2006.
16. Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2005 [cited 2011 Feb 15];39(3):507-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/en_24808.pdf
17. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 11th ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
18. Fontanella BJB; Ricas J; Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad saúde pública* [Internet]. 2008 Jan [cited 2011 Feb 15];24(1):17- Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

21. Darvim RMB, Torres GV, Santos SR. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. Rev latinoam enferm [Internet]. 1999 dec [cited 2011 Feb 15];7(5):43-49. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691999000500006&lng=pt&nrm=iso.
22. Beccaria LM, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Rev brasileira de terapia intensiva [Internet]. 2009 July/Aug [cited 2011 Feb 15];21(3):276-282. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>
23. Cecchetto FH, Fachinelli TS, Souza EN. Iatrogenic or adverse event: perception of nursing staff. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2012 July 01]; 4(3):1377-383. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/985/pdf_137
24. Carvalho VT, Cassiani SHB, Chiericato C, Miasso AI. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. Rev latinoam enferm [Internet]. 1999 dec [cited 2012 July 01];7(5):67-75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000500009&lng=es&nrm=isso
25. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 311/2007. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem*. COREN-MG Legislação e Normas; Ano 12 - n° 01; 2010. 56-71.
26. Bohomol E, Ramos LH. Erros de medicações: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. Acta paul enferm [Internet]. 2003 Apr/June [cited 2012 July 01];16(2):41-8. Available from: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2003/162/pdf/art5.pdf>
27. Harada MJCS, Pedreira LGM, Peterline MAS, Pereira SR. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006.
28. Miasso AI, Grol RC, Cassiani SHB, Silva AEBC, Fakih FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. Rev escola enfermagem USP [online]. 2006 Dec [cited 2012 July 01];40(4):524-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400011
29. Carvalho VT, Cassiani SHB. Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos. Acta paul Enferm [online]. 2002 Apr/June [cited 2012 July 01];15(2):45-54. Available from: http://www.unifesp.br/denf/acta/2002/15_2/pdf/art5.pdf
30. Costenaro AC, Stecca JP. Motivação profissional: um indicador de qualidade de vida. Rev Eletrônica de Contabilidade da UFSM [Internet]. 2004 [cited 2012 July 01];1(1):226-49. Available from: <http://w3.ufsm.br/revistacontabeis/anterior/artigos/vln01/a13vln01.pdf>
31. Garlet, ER, Lima, MADS, Santos, JLG, Marques, GQ. Work objective in emergency wards: professionals' conceptions. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2009 July/Aug [cited 2012 July 01];17(4):535-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000400016&script=sci_arttext&lng=pt
32. Silva MF, Conceição FA, Leite MMJ. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. Arq bras ciên saúde [Internet]. 2009 Jan/Apr [cited 2012 July 01];34(1):15-21. Available from: <http://www.nepas.org.br/abcs/v34n1/34abcs15.pdf>

Submissão: 20/08/2012

Aceito: 06/09/2013

Publicado: 15/10/2013

Correspondência

Clayton Lima Melo

Rua Célia de Souza, 661 / Ap. 301

Bairro Sagrada Família

CEP 3103 0500 – Belo Horizonte (MG), Brasil