



Journal of Nursing

Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

THE PERCEPTION OF MANAGERS REGARDING HEALTH CARE RISKS AND TOOLS USED IN THE PROCESS OF MANAGEMENT

A PERCEPÇÃO DE GESTORES SOBRE RISCOS ASSISTENCIAIS E FERRAMENTAS UTILIZADAS NO PROCESSO DE GERENCIAMENTO

LA PERCEPCIÓN DE GESTORES SOBRE RIESGOS ASISTENCIALES Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN

Clayton Lima Melo¹, Raquel Batista Dantas², Gladiston de Fátima Carneiro³, Paula Emília Silva⁴, Paulo Sérgio da Silva⁵, Rosa Carolina Rodrigues Maria⁶

ABSTRACT

Objective: to understand the perception of managers in relation to the management of health care risks. **Method:** a qualitative field study, conducted in a public hospital in Belo Horizonte/MG/Brazil. There were 16 subjects, among nurses and doctors who had management or care coordination positions. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the Content Analysis Technique and descriptive analysis. The research followed the ethical principles of Resolution 196/96, with approval by the Ethics in Research of the hospital in Belo Horizonte/MG, by CAAE. 0061.0.391.216-1. **Results:** the profile of respondents revealed a mean age of 43 years, ranging between 26 and 66 years old, female predominance (75%), admitted by public contests, with weekly workload of 40 hours. **Conclusion:** it was found that all respondents discern concepts related to risk management, 93.75% are aware of the computerized tool of adverse events notification used in this service, and 75% recognized benefits after their implementation. **Descriptors:** Risk Management; Iatrogenesis; Health Manager, Notification, Quality of Health Care.

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção dos gestores em relação ao gerenciamento de riscos assistenciais. **Método:** estudo de campo qualitativo, realizado em um hospital público de Belo Horizonte/MG/Brasil. Foram 16 sujeitos, entre enfermeiros e médicos que possuíam cargo de gerência ou coordenação assistencial. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, e para análise foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo e análise descritiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital de Belo Horizonte/MG, CAAE nº 0061.0.391.216-1. **Resultados:** o perfil dos entrevistados revelou idade média de 43 anos, variando entre 26 e 66 anos, predominância do gênero feminino (75%), admitidos por concurso público, com carga horária semanal de 40 horas. **Conclusão:** constatou-se que todos os entrevistados sabem discernir conceitos relacionados a gerenciamento de riscos, 93,75% conhece a ferramenta informatizada de notificação de eventos adversos utilizada neste serviço, e 75% reconheceram benefícios após sua implantação. **Descritores:** Gerenciamento de Risco; Iatrogenia; Gestor de Saúde; Notificação; Qualidade da Assistência à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción de los gestores respecto a la administración de riesgos asistenciales. **Método:** estudio de campo cualitativo, desarrollado en un hospital público de la ciudad de Belo Horizonte/MG/Brasil. Hubo 16 sujetos, entre enfermeros y médicos que tenían posición de dirección o coordinación asistencial. Los datos fueron recogidos por medio de entrevistas semiestructuradas y fue utilizado la Técnica de Análisis de Contenido e análisis descriptivo. La investigación cumplió con el aprobación por el Comité de Ética en Investigación del hospital de la ciudad de Belo Horizonte/MG, CAAE nº 0061.0.391.216-1. **Resultados:** el perfil de los entrevistados enseñó edad media de 43 años, yendo de 26 a 66 años; predominio del género femenino (75%); admitidos por concurso público; con 40 horas semanales de trabajo. **Conclusión:** se verificó que todos los entrevistados saben diferenciar conceptos relacionados a la administración de riesgos; 93,75% conocen la herramienta informatizada de notificación de eventos adversos utilizada en el servicio; e 75% reconocen beneficios tras su implantación. **Descriptores:** Administración de la Seguridad; Enfermedad Iatrogénica; Gestor de Salud; Notificación; Calidad de la Atención de Salud.

¹Enfermeiro da Unidade de Emergência e Cuidados Intensivos e Preceptor da Residência Multiprofissional de Saúde do Hospital Municipal Odilon Behrens, Mestre em Enfermagem, Professor da PUC-Minas e Centro Universitário UNA. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: claytonmelobh@yahoo.com.br; ²Enfermeira Especialista da Unidade de Emergência e Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital Odilon Behrens, Professora da Estácio Ensino Superior e do Centro Universitário UNA. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: raqueldantas.enfer@yahoo.com.br; ^{3,5,6}Enfermeiros. Graduados pelo Centro Universitário Una. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mails: gladistoncarneiro@hotmail.com; paulosilvaenfermagem@yahoo.com.br; rosacarolina_28@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário Una. Belo Horizonte (MG), Brasil. Enfermeira do setor de Acolhimento e Classificação de Risco do Hospital Santa Rita - Contagem (MG), Brasil. E-mail: paulapaz99@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde deve proceder com qualidade, livre de riscos e falhas, aliado ao comprometimento com a eficiência dos serviços prestados e com a segurança do cliente promovendo desta forma saúde sem gerar danos. Erros relacionados aos processos de cuidar violam não somente a segurança do cliente nos serviços de saúde, mas acima de tudo sua dignidade e o direito a ele vinculado, que se relaciona ao princípio de beneficência, enaltecido pela bioética, o que indubitavelmente aumenta o risco de morte ou de sequelas.¹

À temática em questão, faz-se necessário abranger conceitos e definições que se justificam por sua magnitude. Incidentes, eventos adversos (EA), iatrogenias ou erros assistenciais podem ser descritos como ocorrência indesejável, prejudicial e danosa que compromete a segurança do paciente. Além de danos emocionais e físicos, pode ocorrer também aumento no tempo de internação, sofrimento por parte do paciente, incapacidade temporária ou permanente e até mesmo a morte. As consequências não se limitam apenas ao paciente, mas podem, inclusive, atingir seus familiares.²

Dentre os EA ocorridos no setor de saúde, observa-se maior incidência daqueles relacionados à inexperiência dos profissionais, à falta de conhecimento técnico-científico e a deficiências no quantitativo de profissionais necessários para a assistência. A despeito de outros diversos fatores predisponentes para a ocorrência de erros e/ou iatrogenias, ressaltam-se a disponibilidade dos recursos matriciais como planta física, materiais e equipamentos da instituição.³⁻⁴

O erro, entendido como evento passível de medidas de controle ou correção pode ser compreendido pelos gestores de cuidado através de duas diferentes visões: uma individualizada e outra sistêmica. A primeira tem como foco identificar o indivíduo envolvido com o evento e impor a este a posição de principal “culpado” pelo erro, levando-o a aguardar por uma ação punitiva; o que muitas vezes causará a inibição de futuras notificações, além de encerrar a elaboração de mecanismos de prevenção. Já na segunda, objetiva-se promover reflexão apurada acerca de todos os fatores relacionados ao evento, sem necessariamente, identificar “culpados” e caracterizando o EA como uma falha no sistema.²

Estudiosos do tema enfocam a necessidade de implantação da visão sistêmica do EA na cultura dos gestores das instituições de saúde, já que esta possibilita a criação de uma conduta de vigilância no sentido de se descobrir qual é a real origem do problema; além de subsidiar a implantação de treinamentos e orientações como formas de “cercar” o erro, fazendo com que a chance do mesmo reincidir diminua ou não aconteça.^{2,5}

Ressalta-se que durante a assistência ao paciente os erros e EA são pouco explorados e estudados. Todo evento que implica dano ou mesmo aquele que representa dano potencial ao paciente, deve ser comunicado e relatado por meio de instrumento adequado, uma vez que comumente os EA não são notificados nas situações em que o erro acontece apesar de não gerar dano correspondente.¹

Na visão dos profissionais de saúde, os EA são identificados como algo não usual, motivo pelo qual a ocorrência destes, na maior parte das situações, é banalizada e não registrada.^{1-2,6} Quando o erro é banalizado ou não reconhecido, a consequência direta é a subnotificação e, conseqüentemente, os casos que se tornam de conhecimento público correspondem apenas à ponta de um imenso “iceberg” de problemas relacionados às falhas de gerenciamento dos riscos.⁶

A segurança do paciente é o princípio fundamental do cuidado e componente crítico do gerenciamento da qualidade.⁷ A perspectiva de que o paciente é colocado em risco quando se encontra nos serviços de saúde não advém de dados recentes, mas de estudos realizados há cerca de 30 anos em países desenvolvidos.⁸

Estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA) estimam que, anualmente, cerca de 100 mil pessoas morrem nas instituições hospitalares em decorrência dos EA. Este fato evidencia uma taxa de mortalidade maior do que a atribuída aos pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), câncer de mama ou atropelamentos.⁹

No Brasil, não é possível mensurar efetivamente a ocorrência dos EAs devido à ausência de um banco de dados único que mostre o número e a análise dos fatos ocorridos, embora existam algumas iniciativas como a Rede Sentinela da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que, em parceria com os serviços de saúde brasileiros, visam construir uma sistematização preparada para notificação de EA em três categorias:

tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância.¹⁰

Na perspectiva de alicerçar a cultura mundial para prevenção desses eventos, 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.¹¹ No Brasil, onde os processos iatrogênicos apresentam destaque negativo no cenário de saúde atual, houve a necessidade de que estes eventos fossem gerenciados, surgindo neste panorama a gestão de risco o que culminou com a implantação da Política Nacional de Gerenciamento de Risco no ano de 2001.¹²

Define-se por gestão de risco, a cultura, as estruturas e os processos voltados ao reconhecimento de oportunidades potenciais concomitantemente ao gerenciamento dos seus efeitos adversos. O gerenciamento de riscos é um dos temas mais discutidos em âmbito hospitalar nos últimos anos, que vinculado aos processos de melhoria contínua, vem contribuindo para a qualidade dos serviços prestados. Os gestores têm papel importante neste cenário, visto que suas atividades que envolvem o trabalho da equipe são de sua responsabilidade, assim como os processos de capacitação e educação permanente.¹²

O gerenciamento de riscos 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. Pelo 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

O interesse deste estudo surgiu depois da realização de oficinas de sensibilização sobre gerenciamento de riscos e a implementação de um sistema eletrônico utilizado para notificação dos EA em um hospital público de Belo Horizonte. Essas oficinas ocorreram no ano de 2010, foram lideradas por enfermeiros-multiplicadores. O público alvo foi composto pelos membros da equipe de saúde que prestam cuidados diretos e indiretos aos pacientes

Depois dessa experiência surgiram as seguintes inquietações relacionadas ao tema,

que se tornaram foco de investigação << *Qual o nível de conhecimento dos gestores assistenciais sobre gerenciamento de risco em saúde?* >> << *Qual é a percepção dos gestores assistenciais em relação à efetividade das ferramentas utilizadas no gerenciamento de riscos em um hospital público?* >> << *Que ações são realizadas por estes gestores diante da ocorrência de eventos?* >>

Ao considerar que o gerenciamento de riscos e a notificação de EA são peças-chaves para o atendimento e a segurança do paciente, tornou-se relevante compreender a percepção dos gestores assistenciais sobre esse processo e a avaliação dos mesmos acerca das ferramentas utilizadas para gerenciamento de risco, bem como as atitudes que os gestores e a equipe de saúde assumem diante dos EA e do sistema de notificação implantado.

OBJETIVO

- Compreender a percepção dos gestores em relação ao gerenciamento de riscos assistenciais e identificar a avaliação das ferramentas utilizadas na instituição em que atuam.

MÉTODO

Estudo de campo, descritivo e exploratório, 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.

O método qualitativo é o que se aplica às crenças e percepções; produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de suas vivências, de seu modo de sentir e pensar.¹⁴⁻⁷ Os estudos descritivos por sua vez, têm por objetivo principal descrever características de uma determinada população ou fenômeno e a pesquisa exploratória proporciona uma maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito.¹⁴

O campo de estudo foi um hospital público de grande porte da cidade de Belo Horizonte/MG/Brasil, caracterizado pela demanda de atendimento de ocorrências clínicas e traumáticas em alta e media complexidade, que possui programas residências em saúde, além de contar com um sistema eletrônico de notificação de EA. Os sujeitos foram enfermeiros e médicos das funções de gerentes ou coordenadores de apoio assistenciais nesse hospital. Foi utilizado ainda como critério de inclusão

atuação mínima de 05 meses nas respectivas funções.

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética do hospital de Belo Horizonte-MG, mediante CAAE nº 0061.0.391.216-1 e parecer número 0061.0.391.216-1. Este estudo obedece aos princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia contidos na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde.¹⁸

A população foi constituída de 19 gestores. Foram realizadas dezesseis entrevistas, que representaram 84,21% da população, constatando-se dessa forma a saturação de dados, que é quando novos dados já não surgem durante o processo de coleta de dados.¹⁹

Os dados foram coletados no mês de novembro de 2011, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em áudio, transcritas na íntegra, e armazenadas em banco de dados. A coleta de dados foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e para preservar o anonimato, os indivíduos foram identificados pela letra E, seguida do número correspondente a entrevista realizada, segundo a ordem de execução das mesmas.

Para a análise de conteúdo, foram seguidas as etapas: a pré-análise, que consiste na organização dos dados; a exploração do material, que é determinada pela codificação, classificação dos discursos e elaboração das categorias relevantes e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados, que busca a significância e validação dos mesmos. Para proceder à categorização desmembraram-se as respostas do texto em unidades que foram reagrupadas em categorias, segundo analogia dos temas. Nesse processo foram identificadas quatro categorias. Utilizou-se ainda estatística simples, por meio de cálculo de frequência, o que é uma possibilidade dentro da análise de conteúdo.²⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos sujeitos entrevistados revelou a idade média destes em 43 anos, variando entre 26 e 66 anos, havendo predominância do gênero feminino (75%). A despeito do vínculo trabalhista, todos foram admitidos através de concurso público, exerciam carga horária de 40 horas semanais e o tempo de trabalho médio na instituição foi de quinze anos e três meses. Quanto ao turno de trabalho, 81,25%

pertenciam ao período diurno e 18,75 % ao diurno e noturno. Acerca da formação profissional 50% possuíam formação em enfermagem e 50% em medicina, sendo destes, 56% exerciam função de gerentes e 43,75% de coordenadores de apoio. Entre os gerentes a maioria pertencia à categoria médica (87,5%) e 12,5% eram enfermeiros.

♦ Categoria 1: Conhecimento dos gestores sobre gerenciamento de riscos em saúde e ferramentas para notificação de EA

O gerenciamento de risco hospitalar é um processo complexo que associa várias áreas do conhecimento e objetiva prevenir erros e EA advindos do uso de produtos de saúde e dos processos de cuidado, garantindo a segurança do paciente, do profissional e do meio ambiente.²¹

Todos os entrevistados souberam conceituar gerenciamento de risco e EA. Vale ressaltar que a maioria (62,5%) participou de oficinas que abordavam os temas, realizadas pela instituição ou em curso de especialização. Conforme representado pelos discursos:

Evento adverso é o que sai da normalidade. É o que sai da rotina no procedimento ou no atendimento e pode causar dano ao paciente. (E7)

É todo evento que acontece com o paciente que leva a uma lesão de qualquer tipo. (E8)

É tudo aquilo que podemos fazer para evitar o acontecimento de EA. (E10)

É um conjunto de ações dentro do hospital que envolve o EA, mas que engloba todas as áreas de atuação do hospital desde cirurgias em condições seguras, controle de infecção e o próprio controle de EA da instituição. É o conjunto de ações que envolvem a segurança para a pessoa internada, minimizando riscos evitáveis. Tem riscos que a gente não consegue controlar, uma resposta inflamatória ou uma infecção, mas o tratamento correto a essa resposta inflamatória faz parte do gerenciamento de risco. (E13)

Destaca-se nos discursos apresentados acima a fala de E13, caracterizada por um conhecimento mais amplo se comparados aos demais entrevistados, com conceitos semelhantes ao do autor.²¹ O autor⁵ corrobora que o gestor de risco com qualificações acadêmicas e de experiência, capacidade de comunicação efetiva, atenção ao detalhe, gosto por trabalho em equipe e conhecimento rigoroso dos princípios da gestão de risco, contribui fortemente para a sobrevivência de qualquer instituição hospitalar.

O desempenho do gestor encontra-se diretamente relacionado com a estrutura organizacional em que está inserido juntamente com a estruturação de métodos de gerenciamento de risco. Logo, as necessidades de aprendizagem e de aprofundamento de conhecimento do gestor dependerão igualmente destes elementos.⁵

Em relação aos fatores que predispõe ao erro, alguns entrevistados observaram:

Plantão tumultuado, às vezes nós estamos lotados, não tem mais vaga, mas se chega um paciente temos que receber. Então o dano pode vir daí, da sobrecarga de trabalho (E7).

Na área da saúde a pessoa trabalha em dois três empregos a gente trabalha com alta demanda de serviço de paciente, com escala reduzida, então várias horas de trabalho, então tudo isso contribui para induzir o erro. Inclusive essa questão dos frascos parecidos. (E14)

Assim, percebeu-se que os fatores mais prevalentes, citados tanto por enfermeiros quanto por médicos, foi o plantão agitado seguido por sobrecarga de trabalho. Também foram citados outros fatores como: falta de preparo, letra ilegível, frascos parecidos de medicação e a disposição muito próxima entre os leitos.

Os erros podem ser influenciados por diversos fatores e os EA raramente ocorrem por um único erro, mas sim por uma quebra na barreira de defesas contra a ocorrência dos eventos. O baixo nível de conhecimento teórico e falta de preparo do profissional com pouca ou nenhuma experiência e atuação em serviço, também são considerados fatores de risco para ocorrência de erros.²

Entretanto, existem situações que predispõem ao risco de EA tais como: avanço tecnológico, incompatibilidade do aperfeiçoamento profissional necessário, deficiência nas ações interdisciplinar, desatenção do profissional, prescrição medica ilegível, delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço.²²

Quando questionados sobre a prevalência dos EA, os discursos constataram que o evento mais prevalente está relacionado a acesso venoso (perda, troca indevida, obstrução, fixação) presente em 25% das falas e eventos relacionados à medicação (dose, via, paciente e troca), queda, atraso e cancelamento de cirurgias, eventos relacionados à nutrição parenteral e proximidade dos paciente foram citadas com menor frequência, conforme pode-se perceber no discursos:

Procedimento relacionado a cateter periférico, perda, obstrução, equipo e solução não datada, são eventos mais leves. (E5)

Estão relacionados a processo, eventos com acesso venoso é o mais frequente então é perda de acesso, fixação incorreta, paciente que puxou o cateter e não estava sendo observado. (E6)

Os EA menores normalmente estão mais relacionados com a enfermagem, mas os eventos mais graves são relacionados a procedimentos médicos. No dia a dia da enfermagem tem mais chance, por causa do contato maior como paciente, seu espectro de ação é maior, por isso tem essa possibilidade.

Os EA médicos geralmente são mais graves porque são procedimentos normalmente mais invasivos. (E13)

Esses resultados são convergentes aos encontrados pelos autores que ressaltam os que os EA mais frequentes estão relacionados aos indicadores da qualidade, sendo geralmente os relacionados à medicação, quedas de pacientes, relacionados a cateteres, sondas, drenos e à integridade da pele.²³

Vale ressaltar que apesar de todos os entrevistados saberem conceituar EA, dois destes responderam indevidamente relatando fatores que não são EA, mas sim problemas relacionados à comunicação e recursos materiais, conforme os discursos:

Um dia teve uma discussão entre médico e enfermagem[...]o certo era fazer documento explicando que o comportamento com o técnico não foi adequado, ai eles discutiram e se acertaram por lá e não fez a notificação, e eu cobrei depois. (E9)

Eventos adversos são problemas com lavanderia, como falta de roupa de cama, relacionados à farmácia como a falta de medicamentos[...] A falta de kit para o bebê, fralda, roupa de cama. Isso interfere no estresse da equipe por faltar coisas básicas no trabalho deles. Graças a Deus tem reduzido muito os nossos eventos em relação a lavanderia e o pessoal tem trabalhado melhor essas coisas. (E3)

♦ Categoria 2: Ferramentas utilizadas para gerenciamento de riscos

Todos os entrevistados conhecem a ferramenta eletrônica que foi implementada na instituição para notificação de EA denominada como “Relatar é Legal”, dentre eles alguns citaram outras ferramentas como: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), cirurgia segura, a comissão de óbito,

análise da causa raiz e o livro de enfermagem, conforme é possível evidenciar nos discursos:

Tem o Relatar é Legal, ele fica online na página da intranet da instituição. (E5)

O Relatar é Legal é o principal, outra ferramenta é a cirurgia segura utilizada no meu setor, comissão de óbito, o controle de infecção, pacote de controle de infecção de cateter central. (E13)

Diversos métodos de avaliação dos EA são evidenciados na literatura, destacando-se dentre eles: relatórios voluntários de incidentes, relatórios espontâneos com alerta, observação direta, revisão retrospectiva e prospectiva de prontuários, entrevistas com pacientes, ou a combinação deles.²⁴ Instituições de saúde devem optar pela adoção de técnicas e instrumentos coerentes às sua missão e valores, visando assim à promoção da segurança do paciente, além da efetividade da comunicação entre a equipe, pacientes e instituições.²³

◆■ Subcategoria 2.1: Sistema informatizado para notificação de EA “Relatar é Legal”

O programa “Relatar é Legal” encontra-se disponível na página principal da intranet do hospital. Ao acessá-lo, por meio de um link específico, a primeira tela do programa consta uma mensagem informativa sobre o objetivo do programa que é o registro de EA, focado exclusivamente em suas causas. Apresenta dois campos onde o notificador tem a opção de cadastrar uma nova notificação ou acompanhar notificações anteriores. Ao selecionar a opção de cadastrar nova notificação, abre-se um campo de relato, onde o notificador tem a opção de se identificar-se ou não, e a seguir deverá informar a data, hora e local do evento.

Em relação à classificação do evento, o notificador pode optar por uma das variáveis pré-definidas pelo programa: procedimento, medicação e terapia nutricional, piora evitável, infecção, jeito de trabalhar e fluxos e acidente. Ainda é possível especificar o fato em uma lista de subeventos, ou em subtipos de subeventos.

Em relação ao conhecimento dessa ferramenta, 68,75% dos entrevistados conheciam essas variáveis e 31,25% não sabiam ou não souberam responder no momento da entrevista.

Esse resultado demonstra que alguns gestores não conhecem a ferramenta eficazmente, o que pode prejudicar o acompanhamento e entendimento dos EA. Inviabiliza a efetuação dos preceitos da

política nacional para gerenciamento de risco e segurança do Ministério da Saúde que preconiza a análise permanente dos eventos e dos riscos, com o objetivo de verificação dos requisitos mínimos que garantam a qualidade, por meio de análise documental e dos processos de forma rápida contemplando o maior número de variáveis do formulário de notificação.²⁵

A maioria dos entrevistados (81,25%) afirmou que são os gerentes e os coordenadores que são responsáveis pelas respostas pelo programa e em menor frequência pessoalmente e em reuniões de colegiado; 18,75% citaram alguma dificuldade em responder às notificações devido ao acesso, falta de tempo para responder e por não haver forma padronizada de resposta.

O gerente tem que acessar, responder é muito lento, eu estou fechando as notificações do início agora, a qualidade liga para eu dar o retorno, estou gastando em média quatro a cinco meses para fechar as notificações. (E3)

Na verdade a gente não dá um retorno, a gente discute algumas situações em colegiados, principalmente vinculado a processo de trabalho. (E4)

Como na instituição somente os gestores têm acesso ao relatório detalhado das notificações de sua unidade o retorno rápido e efetivo deveria ser garantido ao notificador, que alimenta o sistema. Neste sentido seria mais viável desenvolver a educação continuada para a promoção da segurança do paciente mais eficazmente.²³

Sobre o reconhecimento do grupo de qualidade hospitalar, 75% dos gestores o sabiam e afirmaram como responsabilidade desse grupo processar as notificações. Outros (12,5%) citaram que o responsável é o comitê de segurança do paciente, sem especificar o Grupo da Qualidade. E o restante (12,5%) não conhecia a forma como as notificações são analisadas. O que é exposto nos discursos:

Sim, o grupo da qualidade. Esse grupo deu retorno para os gerentes em reunião de colegiado (E3)

Tem uma equipe que analisa todas as notificações e as respostas e cobram das gerências a resposta daquela notificação. É o grupo da qualidade e outras pessoas da instituição (E15)

No hospital o “Grupo da Qualidade”, que faz parte do Comitê de Segurança do Paciente, composto por três profissionais (01 médico e 02 enfermeiros) é responsável pela análise do conteúdo das notificações, classificação de acordo com prioridades de

intervenções e produção de relatórios estatísticos e monitorização das respostas e intervenções corretiva e/ou preventiva.

Os encontros são realizados semanalmente e depende da presença de todo o grupo, para os dados serem interpretados um a um. Até a data da realização das entrevistas havia mais de 1900 notificações e dessas apenas cerca de 600 haviam sido analisadas.

Em relação ao retorno dado pelo Grupo da Qualidade aos gestores, 50% afirmam não ter tido nenhum retorno quanto às estatísticas de notificações de seus setores de atuação; 31,25% afirmaram ter acesso à análise das notificações e 6,25 dos entrevistados só tiveram acesso uma vez, conforme e possível perceber em suas falas:

Não tenho ainda resultado disso, dessa questão do número de eventos, quais são, se é processo de trabalho. (E8)

Não tenho esse acesso, que estava no contrato de gestão, mas eu não tenho tido isso. Tive uma vez. (E3)

Eu tenho porque eu faço parte do grupo, mas esse grupo falha, os outros não tem acesso, a gente não consegue em tempo hábil passar a informação. (E4)

Ressalta-se que um dos pilares do funcionamento do sistema de vigilância é o compromisso de responder aos informantes nas fontes produtoras, de forma adequada e oportuna, demonstrando a sua contribuição no processo. O conteúdo da informação fornecida deve corresponder às expectativas criadas nas fontes, podendo variar desde a simples consolidação dos dados até análises epidemiológicas complexas. A credibilidade do sistema depende de que os profissionais de saúde se sintam participantes e contribuintes.²⁶

O resultado apresentado nessa categoria implica na necessidade de reorientar o serviço de modo à melhor e mais efetivar notificar, acompanhar e estudar os EA na instituição.

◆■ Subcategoria 2.2: Capacitação e adesão da equipe para utilização do sistema informatizado de notificação

Referente à capacitação dos gestores para manipulação da ferramenta informatizada, 62,5% deles afirmaram ter sido capacitados para manipular a ferramenta, em capacitação teórica e/ou prática; 12,5% afirmam não ter recebido capacitação.

Sim, teve treinamento para manipulação, inclusive a gente que replicou no colegiado da unidade. (E4)

Fui treinada pela gerente e foi feito um

trabalho de divulgação, onde mostrou a ferramenta, falou que era para monitoramento e não punitivo. (E2)

O treinamento de pessoal é caracterizado pelo esforço despendido pelas organizações para propiciar oportunidades de aprendizagem aos seus integrantes. Entre os propósitos mais tradicionais do treinamento estão àqueles relacionados à identificação e à superação de deficiências no desempenho dos colaboradores, à preparação dos colaboradores para novas funções e ao re-treinamento para adaptação da mão-de-obra à introdução de novas tecnologias no trabalho.²⁷

Sobre o treinamento necessário para a notificação dos EA 75% dos gestores informaram que todos colaboradores de seus setores foram treinados para utilizar o programa. Os demais relataram que os colaboradores não foram treinados ou que a palavra treinamento não se aplica.

Sim nós fomos treinados e nós treinamos a nossa equipe também, foi “in loco” mesmo de pegar um por um pela mão e sentar em frente ao computador e mostrar como funciona. (E14)

Foi aproximadamente há um ano, eu e o gerente que treinamos, foi em uma reunião de colegiado, por demonstração. (E10)

Percebeu-se que os gestores foram os maiores responsáveis pela capacitação de seus colaboradores. O autor²⁸ reforça que é através da capacitação continuada que o gestor consegue ter conhecimento, sensibilidade e segurança que o ajudará no desempenho de atividades em conjunto com os seus coordenados.

Acerca da adesão do programa pela equipe multiprofissional 62,5% dos entrevistados classificaram-na como baixa, conforme demonstrado nos relatos:

Pequena, as pessoas reclamam muito, mas não registram. (E15)

Do hospital eu acho que setor de urgência e emergência é uma das unidades que mais notifica os EAs no sistema de notificação Relatar é Legal, só que ainda é muito baixa a adesão. (E14)

Nesse contexto, a dificuldade de coleta de dados em hospitais brasileiros está relacionado à: baixa qualidade dos registros em prontuários médicos, à cultura de que EA são erros individuais de profissionais de saúde que induz o profissional à não expor a situação observada, ao desconhecimento da importância, conceitos e procedimentos relacionados a EA.²⁹ É necessário que os

profissionais formem uma rede de conhecimentos, colaboração e solidariedade em prol da investigação de EA que trará benefícios aos pacientes e mérito à instituição.³⁰

♦ Categoria 3: Avaliação do “Relatar é Legal”

Dos entrevistados 93,75% avaliaram o programa caracterizando-o como simples, auto-explicativo e capaz de atender a maioria dos eventos que ocorrem, o que para a maioria dos entrevistados são fatores facilitadores para a utilização da ferramenta. Segundo os discursos:

Ele é muito simples, o programa foi muito acertado na sua construção, na forma de implementação[...] acho que ele nos atende muito bem. (E6)

É bem simples a notificação, acho que tem que ser simples, não precisa se identificar e é praticamente auto-explicativo, não tem complicação nenhuma. (E8)

Qualquer pessoa, mesmo que não tenha muito traquejo na computação, sabe fazer, está tudo no passo a passo lá, não tem jeito de errar. (E7)

As notificações de EA, constituídos também em banco de dados, são importantes fontes de alerta e informação, promovendo a segurança no ambiente hospitalar e contribuindo para o gerenciamento da assistência de enfermagem. A praticidade do instrumento viabiliza sua utilização com adesão da equipe à utilização do instrumento, avaliada pelo aumento gradativo de notificações a partir de sua introdução.²³

Quase a totalidade dos gestores (93,75%) indicaram que há fatores dificultadores (18 tipos diferentes) para a notificação de dos EA, sendo o medo de punição os mais apontados, seguido por falta de tempo, cultura, falta e/ou número insuficiente de computador em alguns setores, ausência de login e senha dos colaboradores, o que torna dependente de outro para entrar no sistema, falta de conhecimento sobre o programa e a falta de sensibilização. Alguns entrevistados citaram, inclusive, mais de um fator dificultador:

Existe uma sobrecarga muito grande, falta de tempo, e falta o hábito de notificar[...]tem medo de prejudicar o colega, acha que vai ser no sentido punitivo, muitos funcionários não conhecem. (E2)

Ainda há receio. O pessoal até brinca de delatar é legal. Não tem essa cultura de segurança ainda[...]a mudança de visão disso é complicado. (E8)

Esses discursos também foram encontrados

em outros estudos que demonstram que fatores como a desmotivação, falta de treinamento, medo de punições e vergonha, favorecem subnotificações. Justifica-se esses resultados porque no passado foi construída uma cultura punitiva, onde as advertências eram utilizadas para minimizar os erros.^{2,22,23}

Os gestores ainda afirmaram a existência de muitos relatos no sistema que não poderiam ser categorizados como EA, mas como de cunho pessoal, decorrentes de problemas de inter-relação pessoal, conforme se demonstra:

A equipe não tem a ideia correta do que é o Relatar é Legal, tanto que tem até apelido de Delatar é Legal. (E5)

O funcionário me questionou da profilaxia de estafilo resistente para o funcionário então eu fiz a consulta com a CCIH, medicina do trabalho e entreguei a resposta para ele por escrito, até porque não era EA. (E16)

Apesar de todos os entrevistados conhecerem o conceito de EA percebeu-se que um dos gestores, indicou o programa para registrar uma desavença entre colaboradores, conforme o discurso a seguir:

Um dia teve uma discussão entre médico e enfermagem[...]jo certo era fazer documento explicando que o comportamento com o técnico não foi adequado, ai eles discutiram e se acertaram por lá e não fez a notificação, e eu cobrei depois. (E9)

Acrescenta-se a importância de se divulgar conceitos precisos e claros sobre todos os tipos de eventos e o que se define como EA.²³

Em relação à avaliação do programa 32,5% acrescentaram ao seu discurso críticas ao programa no sentido de que os eventos são subjetivos, não é possível analisar as notificações em tempo real, dificuldade de ter uma visão geral dos dados por depender de pré análise.

Os eventos são muito subjetivos, eu não consigo identificar quando fala de sondas, drenos, cateter, por exemplo, eu não sei se é uma sonda vesical de demora, se é nasoentérica, se é um problema com a dieta, se é o reservatório que está vazando. (E4)

Por questão de logística a gente não consegue analisar as notificações em tempo real, temos que categorizar os eventos. (E12)

♦ Categoria 4: Intervenções dos gestores diante das notificações de EAs, benefícios e fatores relevantes

Um número significativo dos entrevistados (75%) perceberam benefícios após a implantação do sistema eletrônico de notificação de EA. Podemos observar nos discursos abaixo:

As pessoas têm um pouco mais de atenção, mais cuidado. Melhorou muito, às vezes passava despercebido[...]antigamente era assim uma coisa muito individual, dava uma advertência na pessoa e encaminhava para o COREN.(E1)

O benefício é a gente sempre estar proporcionando um setor mais seguro. (E8)

Eu tinha menos notificação antes era no papel e pouca, era eu catando EA e hoje aparece com mais frequência a notificação, em um ano tem mais eventos do que em dois anos de papel por causa da notificação maior[...] O sistema abriu outro canal de comunicação. A notificação é uma ferramenta gerencial, a gente não consegue estar no setor vinte e quatro horas, então possibilita qualquer pessoa notificar uma situação que possa comprometer a segurança do paciente. (E13)

As notificações de EAs são fundamentais para o conhecimento da realidade, para se implementar estratégias para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados ao paciente.³ O sistema informatizado cria uma linguagem comum entre os diversos setores do hospital, o que facilita que os eventos sejam notificados. É desejável que o meio de comunicação de EAs seja rápido, permitindo pronta atuação da gerência.²³ Nas falas é possível perceber como benefício desse processo a implantação de intervenções para minimização da ocorrência dos riscos para EA, mediada, ao menos em parte, pela análise dos dados foram feitas intervenções. Um quarto (25%) dos envolvidos confirmou essa impressão:

A gente teve um problema com dreno de tórax[...] começou a dar problema apareceu o primeiro caso[...]no segundo caso eu pedi para o residente notificar para formalizar, começamos a notificar o que estava acontecendo e prevenir o evento depois fomos notificar na farmácia, a farmácia notificou o fornecedor e também à ANVISA e nós bloqueamos a compra do dreno. (E13)

Através do ultimo relatório fizemos um protocolo preventivo para cada grupo desses EA mais prevalentes, só falta multiplicar, mas já está feito. (E14)

Os entrevistados sugeriram ainda trabalhos constantes de sensibilização, oficinas e treinamento periódico, a fim de se tornar as variáveis mais específicas para empoderá-los a uma melhor vigilância, além da redução nas opções de categorizar (variáveis) para facilitar

o registro e até mesmo ter acesso ao banco de dados fora do hospital. As falas representam essa conotação:

Segurança do paciente não é só a questão de notificar EA, é notificar, fazer treinamento, protocolos, é dar condições para que as pessoas trabalhem certo. (E7)

Tínhamos que fazer a análise das notificações em tempo real, para estimular o relato. (E12)

Existe pouca reclamação, pouca notificação eu acho que precisa melhorar e talvez dependa realmente da gerência e talvez essa pesquisa possa ajudar e mostre isso para a gente. (E16)

Nessa categoria foi possível identificar a congruência entre a visão dos gestores da instituição e a concepção defendida pelo autor que enaltece o processo gerenciar riscos não somente como o de identificar, prevenir e controlar a ocorrência de falhas, mas como o foco primordial de buscar melhorias contínuas na qualidade, motivação, compromisso e educação.⁴

CONCLUSÃO

Para que as instituições de saúde garantam a assistência qualificada, livre de danos e prejuízos aos profissionais, pacientes e seus familiares é necessário que a equipe multiprofissional conheça o objetivo da gestão dos EA e tenha acesso às ferramentas adequadas para gerenciamento de riscos em seu ambiente de trabalho.

Neste estudo foi possível constatar que todos os entrevistados sabem discernir conceitos relacionados a gerenciamento de riscos, 93,75% conhece a ferramenta informatizada de notificação de EA utilizada neste serviço e 75% reconheceram benefícios após sua implantação.

Identificou-se que existem algumas divergências na prática do gerenciamento de risco quando comparadas às recomendações da literatura. A metodologia de análise dos eventos adversos apresenta muitas fragilidades como a demora na resposta às notificações, inexistência de padronização dessas respostas e em alguns casos, pela inexistência de pareceres.

Destacou-se a necessidade de reavaliar o programa e sua aplicabilidade, adequando-o às necessidades e realidade da instituição. Treinar, avaliar a efetividade dos treinamentos não somente para trabalhadores, mas indubitavelmente para gestores, podem ser alternativas para otimizar a análise estatística geral e demonstrar melhores resultados.

Contudo, percebeu-se que a credibilidade e o manuseio adequado de ferramenta para a gestão de risco relacionam-se eminentemente à compreensão de seu verdadeiro objetivo por parte daqueles que a utilizam.

Esse estudo apresenta a limitação de não permitir a generalização desta análise para outras equipes e instituições, pois retrata o vivenciado por estes sujeitos, sendo relevante então realização de novos estudos com esta temática em outros serviços.

REFERÊNCIAS

1. 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* [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 17];13(4):607-19. Available from: www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/06.pdf
2. Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. *J pediatr* [Internet]. 2002 [cited 2011 Sept 03]; 78(4). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n4/v78n4a04.pdf>
3. 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 2011 Mar 3];58(4):429-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a09v58n4.pdf>
4. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta paul enferm* [Internet]. 2005 [cited 2011 Apr 02];18(2):213-9. Available from: www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2
5. Gonçalves VCMG. Gestão do risco nas organizações de saúde: percepção dos profissionais face ao papel de gestor de risco [Internet]. 2008 [cited 2011 Sept 15]. Available from: <http://repositorio-iul.iscte.pt>.
6. Silva BK, Silva JS, Gobbo AFF, Miaso Al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2007 [cited 2011 Sept 03];9(3):712-23. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a11.htm>.
7. Reis AMM, Cassiani SHB. Prevalência de interações medicamentosas potenciais em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário no Brasil. *Clinics* [Internet]. 2011 Jan [cited 2011 Sept 03];66(1):9-15. Available From: <http://proqualis.net/medicamentos/?id=000001856>.
8. Neto AQ. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Rev adm saúde* [Internet]. 2006 Oct/Dec [cited 2011 Apr 15];8(33):153-58. Available from: http://www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranc a.pdf.
9. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. 3 ed. Washington: National Academy of Institute of Sciences; 2000.
10. Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 - Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. [Internet] Publicado no D.O.U. de 27.01.1999, Seção 1 [cited 2011 Apr 24]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/ lei_9782_99.pdf
11. Zambon LS. Medicina Net [Internet]. Primum Non Nocere. 2009 [cited 2011 Apr 14]. Available from: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/901/introducao_primun_non_nocere.htm.
12. World Health Organization (WHO). Patient safety: implementing changes [Internet] 2012 [cited 2012 July 24]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/en>
13. Ralston JD, Larson EB. Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety. *J Postgrad Med*; 2005.
14. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2009. p 27-8.
15. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
16. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev saúde pública* [Internet]. 2005 June [cited 2011 Apr 15]39(3):507-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>
17. Minayo MCS. O Desafio Do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 resolve aprovar as diretrizes

e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 1996 [cited 2011 Apr 15]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm

19. Geri L, Haber J. Pesquisa em enfermagem: método, avaliação, crítica e utilização - 4 ed / Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p.123.

20. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed ver e ampl. São Paulo: Martins Fontes; 2011. p.31-8.

21. Feldman LB. O enfermeiro analista de risco institucional. Rev bras de enferm [Internet]. 2004 Nov/Dec [cited 2012 Mar 13];57 (6):[about 5 s p]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600023&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 bras ter intensiva [Internet]. 2009 [cited 2011 Mar 13];21(3):276-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>

23. Paiva MCMS, Paiva SARP, Heloisa WB. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev esc enferm USP [Internet]. 2010 Jan/Feb [cited 2011 Apr 14];44(2):287-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>

24. Mendes Junior WV, Travassos C, Martins M, Marques PM. Avaliação da ocorrência de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. Rev bras epidemiol [Internet]. 2008 [cited 2011 Sept 15];11(1):55-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/05.pdf>

25. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta publica nº5 de 14 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a notificação de eventos adversos sérios em estudos clínicos [Internet]. Diário Oficial da União. 2002 Jan 15 [cited 2011 Sept 03]. Available from: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B2720-1-0%5D.PDF>.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Guia de vigilância epidemiológica [Internet]. 2005 [cited 2011 Sept 03]. Available from: http://www.prosaude.org/publicacoes/guia/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf

27. Borges- Andrade JE, Oliveira- Castro GA. Treinamento e desenvolvimento: reflexões sobre suas pesquisas científicas. Revista de Administração [Internet]. 1996 Apr/June [cited 2011 Oct 28];31(2):112-25. Available from:

http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/1123/1/ARTIGO_Treinamento_Desenvolvimento_Pesquisas_Cient%C3%ADficas.pdf

28. Barbosa SLS, Costa GF, Cordeiro JL, Alchieri JC. Gestão participativa dos trabalhadores na área da saúde: revisão integrativa de literatura. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Oct [cited 2012 May 28];5(8):2031-37. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1789/pdf_666

29. Torres RM, Osorio-de- Castro CGS. Gerenciamento de eventos adversos relacionados a medicamentos em hospitais. Revista Eletrônica Administração Hospitalar do Rio de Janeiro [Internet] 2007 Jan/Mar [cited 2011 Sept 15];3(1):[about 5 p.] Available from: <http://www.farmaciahospitalar.com/geral/arquivos/Efeitos%20Adversos%20a%20Medicamentos%20em%20Hospitais.pdf>.

30. Dias, MAM, Viana LO. A interdisciplinariedade influenciando nas ações do enfermeiro em hemovigilância. Enfermería global [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 May 26];25[about 5 p]. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_administracion1.pdf.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012/08/26
Last received: 2012/11/11
Accepted: 2012/11/17
Publishing: 2012/12/01

Corresponding Address

Clayton Lima Melo
Rua Célia de Souza, 661, Ap. 301
Bairro Sagrada Família
CEP: 31030-500 – Belo Horizonte (MG), Brazil