

O Gerenciamento de Risco e a notificação de erro pela equipe de Enfermagem: relato de um hospital federal acreditado

Analysis of notices of service risk management for nursing team
of an accredited Hospital federal

Ricardo Silvestre Duarte¹
Roseluci Santos de Salles²
Carlos Alberto Cassiavillani³
Ângela La Cava⁴

¹Enfermeiro. Graduado em enfermagem pela Universidade Gama Filho. Pós-Graduação em Gestão do Ambiente e Segurança em Estabelecimentos Assistenciais em Saúde no Consórcio Brasileiro de Acreditação. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: ricsildu@yahoo.com.br

²Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde. Universidade Federal Fluminense. Pós-Graduação em Gestão do Ambiente e Segurança em Estabelecimentos Assistenciais em Saúde no Consórcio Brasileiro de Acreditação. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: rsalles@into.saúde.gov.br

³Engenheiro. Faculdade de Engenharia Industria. Pós-Graduação em Gestão do Ambiente e Segurança em Estabelecimentos Assistenciais em Saúde no Consórcio Brasileiro de Acreditação. São Paulo. Brasil. E-mail: carlos.cassiavillani@ig.com.br

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Professora do Curso de Pós-Graduação do Consórcio Brasileiro de Acreditação. Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: angelacava2@globo.com

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo, cujo objetivo foi analisar as notificações de erro encaminhadas pela equipe de enfermagem, ao Serviço de Gerenciamento de Risco. Os dados foram coletados nas fichas de notificações realizadas pelos profissionais de enfermagem no período de 01 janeiro a 31 de dezembro de 2012; foi realizada análise temática. Identificou-se nos resultados que o número de notificações no período foi reduzido e nenhuma foi relacionada aos processos de trabalho propriamente ditos. Todas as notificações foram sobre queixas técnicas. Os achados apontam que o sistema de notificação ainda não atingiu o alcance desejado, mas espera-se que na medida em que se consolide a cultura de segurança na instituição, esta meta seja alcançada.

Palavras-chave: Erro humano. Assistência de Enfermagem. Gerenciamento de risco.

ABSTRACT

This is an exploratory, retrospective study which analyzed the notifications of errors sent by the nursing staff to the Office of Risk Management. The data were collected from the records of notifications made by nursing professionals in the period from 01 January to 31 December 2012. Qualitative and quantitative analysis of the data by using descriptive statistics and content analysis was performed. It was identified in the results that the number of notifications in the period was reduced and none were related to work processes themselves. All notices on technical complaints. The findings indicate that the notification system has not yet achieved the desired range, although it is not possible to exclude the possibility that it will do so, to the extent that they nurture the culture security in the institution.

Keywords: Human error. Nursing care. Risk management.

INTRODUÇÃO

É recorrente nos noticiários veiculados pelos meios de comunicação de massa o questionamento sobre segurança das práticas realizadas no âmbito dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), quer em termos da natureza dos procedimentos propriamente ditos, quer quanto às habilidades e competências do profissional que as executa. Trata-se de um tema cuja visibilidade se define em escala global, de grandes repercussões em termos sócio-políticos e econômicos. No Brasil, a demanda da sociedade civil por garantias efetivas no âmbito da assistência de saúde foi alavancada pela promulgação da Constituição de 1988 que, pelos avanços introduzidos, recebeu o epíteto de *Constituição Cidadã*.

A assistência integral à saúde pressupõe a articulação de conhecimentos e práticas consignados a diversas categorias profissionais. Notadamente no âmbito dos EAS esta multiplicidade conforma um mosaico onde a assistência de enfermagem desempenha papel crítico na identificação de eventos adversos e incidentes, visto englobar as profissões que mais tempo interagem com a clientela destes EAS.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) define eventos adversos como injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito. Incidentes ou quase-perdas, por sua vez, referem-se também às complicações decorrentes do cuidado à saúde que, porém, não acarretam lesões mensuráveis ou prolongamento do tempo de internação.

A presença dos incidentes e eventos adversos, que comprometem a segurança do paciente, constituem atualmente um grande desafio para o aprimoramento da qualidade no

setor saúde. O enfrentamento deste desafio, entretanto, envolve necessariamente uma reengenharia da percepção do erro e seu redimensionamento, como indicador de falha de um processo que não necessariamente diz respeito ao desempenho individual.

De acordo com Chamon (2008), toda atividade executada por humanos é uma oportunidade de erro, podendo o mesmo ser definido como qualquer ação que exceda as tolerâncias suportadas pelo sistema que interage com o ser humano.

O erro pode ser definido como o uso, não intencional, de um plano incorreto para alcançar um objetivo, ou a não-execução a contento de uma ação planejada. Deve ser entendido conforme esta definição no processo de pensamento e de ação envolvidos, e não como resultados (PEDREIRA, 2006). Quando se fala no erro como oportunidade de aprendizado, toma-se como referência a abordagem sistêmica do mesmo. Esta, basicamente, se contrapõe à abordagem pessoal, ainda prevalente nos países ocidentais.

Nestes, como ressaltado por vários autores, o sistema vigente está de tal forma estruturado que penaliza, na maioria das vezes, o indivíduo, consignando pouco ou mesmo nenhum valor às causas sistêmicas que contribuíram para que o erro acontecesse. As investigações do fato que ocorreu tendem a ser obscurecidas pela necessidade rápida de se encontrar uma causa e um responsável, chegando-se, muitas vezes, a conclusões precipitadas e simplistas, totalmente incapazes de refletir a complexidade do fenômeno e/ou efetivamente contribuir para sua prevenção (CRANFILL, 2003; LEAPE; BERWICK, 2005; MURPHY, 2010).

Emerge, neste novo cenário, o erro como indicador de qualidade de um processo, o erro como sintoma da necessidade de reconstrução do conhecimento ou da prática propriamente dita. A partir desta nova contextualização do erro, viabiliza-se a intervenção correta e oportuna, investindo-a de maior capacidade resolutiva (BAÑERES et al., 2005). A esse propósito, Lehmann et al. (2007) referem que, constrangidos pelo medo de represálias, aqueles que trabalham em organizações de saúde onde a cultura é de punição individual e não de segurança, não notificam as ocorrências de erros, prejudicando o conhecimento dos fatores de risco, por parte dos gestores, assim como a construção de medidas capazes de impedir a repetição dos mesmos.

Acrescentam ainda os mesmos autores que, além de não notificarem o erro cometido, muitos profissionais adotam condutas inadequadas que podem interferir diretamente nos resultados da assistência e fazer a diferença na preservação da vida do paciente.

Segundo Rosa, Perini (2003):

Os profissionais de saúde normalmente associam falhas nas suas atividades à vergonha, perda de prestígio e medo de punições. De modo geral, o ambiente nas instituições de saúde não é propício para uma discussão franca sobre o assunto, visando a melhoria do sistema como um todo (ROSA & PERINI, 2003, p. 335).

Como estratégia de resolução deste cenário indesejável, Lehmann et al. (2007) enfatizam a necessidade de que organizações de saúde possuam políticas e procedimentos específicos para o relato e a divulgação do incidente. Os profissionais precisam, ainda, ser educados em relação às providências que devem ser tomadas e incentivados a ter uma atitude honesta frente a um erro, sem medo de punições e envolvidos na busca de uma prática segura.

Dentre as práticas de gerenciamento de risco implementadas na instituição em tela, a notificação de ocorrência de incidentes e eventos adversos vem experimentando crescente aceitação, em particular no que concerne à equipe de enfermagem. Salvo melhor entendimento, tal fato se deve ao ambiente de transparência e confiabilidade, construído na instituição, onde o processo de acreditação hospitalar atuou como um elemento catalisador. A importância deste diferencial, apontado como condição essencial à viabilização de interações significativas, baseadas em valores como honestidade e respeito, tem sido apontada por vários autores, dentre eles Pronovost et al. (2006) e Baker et al. (2006).

Anteviu-se, portanto, a possibilidade de desenvolvimento de uma metodologia de identificação de oportunidades de melhoria. Assim, promover a segurança do paciente implica em considerar as demandas éticas, técnicas e legais pertinentes. Não é raro que os processos de trabalho empiricamente desenvolvidos deixem de suprir todo este universo de demandas em sua complexidade.

O papel de identificar eventuais lacunas e propor oportunidades de melhoria na instituição em tela, cabe ao Serviço de Educação Permanente em Enfermagem. A condição de integrantes deste serviço, despertou nosso interesse em contribuir para a otimização dos processos de trabalho da Equipe de Enfermagem, com base na escuta dos profissionais, principalmente por intermédio das notificações encaminhadas ao Serviço de Gerenciamento de Risco.

Assim sendo, define-se como objeto de estudo, as notificações de erro encaminhadas pela equipe de enfermagem, ao Serviço de Gerenciamento de Risco. O objetivo foi analisar as notificações de erro encaminhadas pela equipe de enfermagem, ao Serviço de Gerenciamento de Risco.

A relevância do presente estudo se estabelece, em um primeiro momento, em função da importância de identificar estratégias que contribuam efetivamente para a segurança do paciente.

Em um segundo momento, ganhos secundários, mas não menos importantes, podem ser antevistos, ao fazer acessível a trajetória da construção do conhecimento no campo da gestão do ambiente e segurança em uma instituição federal acreditada: maior internalização da experiência por parte dos membros da equipe interdisciplinar, oferecendo substrato para novas contribuições, em uma espiral ascendente de agregação de valor; o compartilhamento da experiência com outros estabelecimentos assistenciais de saúde; e a extrapolação da metodologia para outros cenários de possíveis intervenções.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório, de natureza retrospectiva. Foram coletados os dados das notificações encaminhadas ao Serviço de Gerenciamento de Risco pela equipe de Enfermagem da Área de Internação de pacientes adultos de um hospital federal acreditado, que presta atendimento cirúrgico na especialidade de ortopedia e traumatologia; a opção pelo cenário do estudo foi feita com base no volume e na diversidade dos processos de trabalho ali desenvolvidos, onde se espera uma amostragem consistente. Como recorte temporal, foi escolhido o período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2012. Os dados coletados foram submetidos à análise temática, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e interpretação. A pesquisa foi autorizada na Instituição pela Direção Geral.

RESULTADOS

Foram registradas, no período de estudo, 14 (catorze) notificações feitas pela equipe de Enfermagem, sendo que 7 (50,0%) ocorrências foram feitas por Enfermeiros e 7 (50,0%) por Auxiliares de Enfermagem.

Todas as notificações analisadas se referiam a produtos médico hospitalares, que se encontravam em condições impróprias para uso, devido a defeito de fabricação ou por possível falha nos processos de esterilização e/ou estocagem.

Como se pode verificar no quadro 1, nenhuma notificação teve por objeto falha nos processos de trabalho desenvolvidos pela própria equipe de Enfermagem.

O Quadro 1 apresenta, em ordem cronológica, as descrições dos eventos notificados, bem como a categoria funcional do notificador.

Quadro 1 – Distribuição de eventos notificados por ordem cronológica e notificador.

Nº	Data de notificação (dia/mês/2010)	Notificador	Descrição
1	14/01	Auxiliar de Enfermagem	Equipo polifix com extensor muito longo
2	01/03	Enfermeiro	Compressa cirúrgica de gaze esterilizada com presença de fio de cabelo dentro da embalagem fechada
3	04/03	Enfermeiro	Fragilidade da embalagem da compressa de gaze estéril durante o manuseio
4	11/03	Enfermeiro	Seringas de 20ml apresentando bico quebrado
5	12/03	Enfermeiro	Seringas de 10ml com deformidade no corpo
6	16/04	Enfermeiro	Seringa de 5ml apresentando quebra da ponta do êmbolo
7	13/05	Auxiliar de Enfermagem	Respirador do equipo macrogotas está desconectando
8	30/06	Enfermeiro	Luvas de procedimento colabadas
9	09/07	Auxiliar de Enfermagem	Extensor entre o soro e a bureta do equipo de microgotas desprende-se com facilidade
10	26/07	Auxiliar de Enfermagem	Compressas cirúrgicas com manchas escuras
11	09/08	Auxiliar de Enfermagem	Êmbolo de seringa, quebrado
12	31/08	Enfermeiro	Borracha do êmbolo da seringa de 5ml deteriorada
13	10/09	Auxiliar de Enfermagem	Seringa de 3ml apresentando êmbolo torto e solto
14	14/09	Auxiliar de Enfermagem	Equipo poliflex - 2 vias com clampeamento insatisfatório

Fonte: Levantamento dos autores.

Hudson (2003), ao aplicar as lições aprendidas pelas indústrias de alto risco ao contexto das organizações prestadoras de serviços de saúde, fornece uma explicação muito interessante para o fenômeno aqui observado: considerando-se uma escala evolutiva de cultura de segurança, as organizações prestadoras de serviços de saúde estariam posicionadas em seu primeiro estágio, ainda vivenciando a experiência de uma cultura de segurança reativa. Entende o autor que as principais razões pelas quais as indústrias de alto risco, como a aviação comercial e as indústrias de gás e petróleo conseguiram alcançar um desempenho exemplar estão associadas às atitudes positivas em relação a questões de segurança e a operação de sistemas eficazes de gestão formal.

Os autores do presente estudo entendem que a ausência de notificações relacionadas a assistência direta não se trata essencialmente de não levar o problema a sério, mas sim de temer os desdobramentos advindos do reconhecimento público da extensão da vulnerabilidade para o erro, possivelmente advindas das práticas em saúde. Todavia, cumpre reconhecer a possibilidade de que em um número expressivo de casos, os esforços para ocultar o erro são bem maiores do que seria demandado para a adoção de medidas preventivas. Não obstante a segurança absoluta seja uma meta inalcançável, criar barreiras ao erro, consoante à perspectiva de Reason (1990; 2000), seria um avanço inequívoco no sentido de promover um perfil de segurança mais compatível e desejado em uma instituição hospitalar.

Ao indagar como as indústrias de gás e petróleo alcançaram tal excelência na produção, Hudson (2003) ressalta que a resposta reside na aquisição de boas atitudes com questões de segurança e a aplicação de gestão sistemática dos riscos. Os processos e as crenças que são necessários para adoção de conduta proativa são formados pela presença de uma compreensão sistemática do que a instituição está fazendo.

Na indústria de petróleo e gás esta mudança de patamar de uma cultura reativa para a proativa, foi posto em marcha por exigência legal, uma iniciativa britânica tomada após um grave acidente que causou a morte de 167 trabalhadores, e rapidamente se estendeu a todos os países produtores de petróleo e gás. Quanto às práticas assistenciais em estabelecimentos de saúde, embora existam várias regulamentações governamentais (inclusive quanto a processos de trabalho, normas e procedimentos), frequentemente nos deparamos com uma certa lentidão na sua incorporação pelos profissionais de saúde e gestores.

Pronovost et al. (2006) se propuseram a apresentar uma abordagem abrangente para auxiliar as organizações de cuidados de saúde, de forma confiável, a prestarem intervenções eficazes. Para esses autores, estratégias para melhorar a confiabilidade devem ser levadas a termo, suportadas por uma cultura organizacional que seja propícia à mudança.

Nesse sentido, estabelece-se um dos maiores desafios, visto que sentimentos como medo do desconhecido são passíveis de acontecer e assim, haver o comportamento de resistência por parte dos profissionais.

Entendemos que o processo de acreditação hospitalar, como ocorreu na instituição em tela, envolve profundas mudanças organizacionais, que serão monitoradas a longo prazo para que o processo de melhoria da qualidade e segurança seja contínuo e contamine todos os envolvidos no processo.

Por conseguinte, se preconiza que serviços voltados ao gerenciamento de risco mobilizem os recursos institucionais e adotem estratégias para obtenção de um clima organizacional de segurança e confiabilidade. Assim, os dados levantados no presente estudo mostram que no cenário estudado, as notificações não corresponderam ao esperado e, não possibilitaram uma análise acurada sobre os riscos advindos durante o ciclo assistencial.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontaram que no local de pesquisa, as medidas implementadas através do gerenciamento de risco, no período estudado, estão em fase inicial de acolhimento pelos profissionais de enfermagem. Entretanto, acreditamos que a internalização de novos padrões e atitudes seja uma meta a ser incorporada e, que as próximas notificações de eventos adversos sejam pertinentes e possibilitem aos gestores um retrato mais nítido sobre a assistência prestada.

REFERÊNCIAS

BAKER, D. P; DAY, R.; SALAS, E. Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. **Health Serv Res**; v. 41, n.4, p. 1576-98, 2006.

BAÑERES, J., et al. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. **Rev. Calid. Asist**, Barcelona; v. 20, n.4, p. 216-222, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

CRANFILL, L. W. Approaches for improving patient safety through a safety clearinghouse. **J Healthc Qual**; v. 25, n.1, p.43-7, 2003.

HUDSON, P. Applying the lessons of high risk industries to health care. **Qual. Saf. Health Care**; 12(Suppl):7-12, 2003.

LEAPE, L. L; BERWICK, D. M.. Five years after To Err Is Human: what have we learned? **JAMA**; v. 293, n.19, p. 2384-90, 2005.

LEHMANN, D. F; et al. Every error a treasure: improving medication use with a nonpunitive reporting system. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**; v. 33, n.7, p. 401-407, 2007.

MURPHY, J. F. To err is human ten years on. **Med J**; v. 103, n. 2, p.36, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 9 ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade.

PEDREIRA, M.L.G. Errar é humano: estratégias para a busca da segurança do paciente. In: Perini MAS (org.). **O erro humano e a segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2006.

PRONOVOST, P. J.; et al. Creating high reliability in health care organizations. **Health Serv Res**; v. 41, n.2, p. 1599-617, 2006.

REASON J. **Human error**. New York: Cambridge, 1990.

REASON J. **Human error**: models and management. **BMJ**; v. 320, n.7237, p.768-770, 2000.

ROSA, M. B; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Rev. Assoc. Med. Bras.**; 49(3): 335-341, 2003.

Recebido em: 09/04/2014.

Aceito em: 02/05/2014.

Publicado em: 29/07/2014.