XII SEMANA CIENTÍFICA UNILASALLE – SEFIC 2016
Canoas, RS – 17 a 21 de outubro de 2016

COMUNICAÇÃO ORAL

ISSN 1983-6783

IMPACTO DE UMA FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS E NA ADOÇÃO DE PRÁTICAS DE SEGURANÇA

Maria Elenice Cortese Dalla Nora, Márcio Manozzo Boniatti(coorient.)
Centro Universitário La Salle

Resumo

Eventos adversos são danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados a evolução natural da doença de base, acarretam lesões e as vezes até mesmo morte. Entretanto existe situações que predispõe a este risco, como a falha na comunicação entre as equipes

Palavras-chave: eventos adversos, comunicação.

Área Temática: Ciências Médicas e da Saúde

1. Introdução - Propósito central do trabalho

Erros na comunicação entre profissionais da assistência podem causar danos aos pacientes, sejam os danos evitáveis ou não, e está diretamente relacionada com as práticas de segurança. A comunicação é um desafio constante na segurança do paciente e também pode ser considerado um atributo do sistema de cuidados em saúde, que minimiza a incidência e o impacto dos eventos adversos e maximiza a recuperação diante de sua ocorrência. Uma passagem de plantão estruturada, baseada na utilização de uma ferramenta específica, pode auxiliar a comunicação e reduzir a incidência de eventos adversos. Dessa maneira, justifica-se o presente projeto de pesquisa que pretende verificar se há redução de eventos adversos através da adoção de uma ferramenta que auxilie a comunicação dos enfermeiros na passagem de plantão. Este estudo tem como objetivo avaliar a ocorrência de eventos adversos e práticas de segurança após um programa de intervenção na passagem de plantão, em um hospital público de Porto Alegre.

2. Marco Teórico

As instituições de saúde têm como princípio básico no atendimento à clientela o fornecimento de bens e serviços com um mínimo ou ausência total de riscos e falhas que possam comprometer a segurança do paciente (BECCARIA, 2009). Baseado no princípio de que os pacientes não devem sofrer danos que resultem do cuidado, a questão da segurança do paciente tem assumido destaque expressivo nas ações de melhoria de qualidade em vários países. A segurança do paciente é definida pelo Institute of Medice (IOM) por um cuidado “livre de lesão acidental” (MENDES, 2007). Sobre o erro humano têm ajudado na compreensão das causas e fatores desencadeantes de erros de profissionais que podem produzir efeitos graves em pacientes hospitalizados, visando à eliminação do risco ou para redução de suas consequências (MENDES, 2007). A palavra risco é definida como ato voluntário (fazer algo errado) ou de omissão (deixar de fazer o que é certo) levando a um desfecho indesejado. Os riscos permeiam os processos da área

ISSN 1983-6783

de saúde (WACHTER, 2010). Em 1999, IOM, causou grande impacto na opinião pública americana com a publicação “To erro is Human”- Errar é Humano. Tal publicação permitiu que os autores estimassem que entre 44.000 e 98.000 norte americanos morrem a cada ano devido aos erros associados aos cuidados de saúde, desde então, tornou-se um marco em relação às iniciativas em prol da segurança do paciente (WACHTER, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde, gerenciar os riscos é garantia de segurança do paciente dentro das instituições de saúde (VICENT,2009). Esses danos desnecessários são conhecidos como eventos adversos (SHERMAN, 2009). Os eventos adversos são danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados a evolução natural da doença de base, acarretam lesões mensuráveis nos pacientes afetados, ou prolongamento do tempo de internação (FRANCESCHI, 2010). Quando resulta em incapacidade, perda de um membro do corpo ou morte é definido como evento sentinela (CARNEIRO, 2011). Segundo Porto (2010), nas décadas de 50 e 60, já existiam registros da ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde, mas foi na década de 90 que estudos mostraram a importância dos custos sociais e econômicos decorrentes desses eventos. O Havard Medical Practice Study estimou que ocorreram eventos adversos em 3,7% das internações em hospitais de cuidados agudos em Nova Iorque, Estados Unidos da América (EUA), em 1984. Em estudo realizado por Thomaz et al (1999), no Estado de Nova York a incidência de eventos adversos foi de 3,7 para cada 100 pacientes internados em hospital. Em 1992, realizou-se outro estudo, nos Estados Unidos da América nos Estados de Utah e Colorado, coordenado por Eric Thomas, médico do departamento de medicina do Brigham and Women´s hospital, Boston, Massachusetts. Avaliou-se cerca de 15 mil prontuários, em 26 hospitais nos 2 estados (11 Utah e 15 em Colorado). Em ambos os estados a proporção de eventos adversos foi de, 3 % das internações ocorreram eventos adversos, sendo estes evitáveis em 33% (Utah) e 27% (Colorado) dos casos. Estimaram que, com a eliminação dos eventos evitáveis, se poderia economizar entre 17 e 29 bilhões de dólares, incluindo as perdas de rendimentos por inatividade, incapacidade e despesas médicas (THOMAZ et al 1999). Em relação a realidade brasileira a produção de estudos é baixa. Mendes (2013) em um estudo realizado em hospitais do Rio de Janeiro apontou uma incidência de eventos adversos evitáveis de 5,1%. Porto (2010) em estudo semelhante realizado em pacientes internados em 2003, em 3 hospitais do Rio de Janeiro, menciona 6,3% sofreram eventos adversos e deste 25 foram considerados eventos evitáveis, e o aumento do tempo médio de internação foi de 4,6 dias. O valor gasto com estes pacientes é de 200,5% superior ao dos pacientes que não tiveram eventos adversos. Entretanto, do ponto de vista de Martins (2011), é necessária a compreensão, de que os eventos adversos estão, muitas vezes, diretamente relacionados às falhas no sistema, e não somente ao descaso ou incompetência profissional. Assim, é necessário identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas. Wachter (2010) referencia o moderno movimento para segurança do paciente pressupondo a condição humana, isto é, que humanos erram, e que a segurança depende da criação de sistemas que antecipem os erros e também os previnam ou interceptem antes que causem danos. Em 2001, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos publicou o documento “Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices” sobre Práticas de Segurança do Paciente. Prática de segurança do paciente (PSP) foi definida como um processo ou estrutura cuja aplicação reduz a probabilidade da ocorrência de eventos adversos. Precisamente, o objetivo desse documento foi identificar e revisar criticamente as evidências existentes sobre práticas de segurança. (SHOJANIA, 2001). Como resultado dos movimentos globais acerca da problemática, investigações científicas têm sido conduzidas para identificação e compreensão dos erros e eventos adversos, adoção de medidas de correção de falhas e dos fatores causais, desenvolvimento de estratégias que garantam a prática segura melhorando a qualidade da assistência e, consequentemente, fornecendo maior segurança ao paciente (SILVA, 2010). A importância dos eventos adversos reside na indicação de falha de práticas na segurança do paciente (WEGNER, 2012) Para Leitão (2013), a principal causa de erros e eventos adversos é falha na comunicação. Há uma grande importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados. Sendo assim, para se ter uma efetividade na assistência se faz necessário profissionais preparados e capacitados para construir uma relação estruturada através da qualidade, das informações trocadas, diminuindo os

ISSN 1983-6783

riscos e falhas para o paciente, favorecendo uma melhor segurança, promovendo uma qualidade sem causar danos (WEGNER, PEDRO, 2012). A melhoria da efetividade na comunicação é um assunto de extrema relevância, pois pode minimizar erros graves como informações errôneas. A comunicação efetiva reduz a ocorrência de erros (WACHTER, 2010). A comunicação entre as equipes contribui para uma compreensão conjunta, uma equipe que não está trabalhando de forma eficaz aumenta a possibilidade de erros e leva à insegurança. Quando os grupos trabalham de forma eficiente discutindo as instruções evitam interpretações erradas e falhas, trazendo maior segurança, ao evitar erros e melhorar a qualidade do atendimento fazendo com que a assistência prestada não resulte em danos ao paciente (VICENT, 2009). A comunicação é um processo fundamental que permite a compreensão e o intercâmbio de informações. Na enfermagem esta ferramenta é muito apreciada entre os profissionais, pois aumenta a eficiência e eficácia da gestão de cuidados. Concomitante, a mudança de turno usa a comunicação como uma forma de garantir o rápido fluxo de informações sobre o trabalho cotidiano dos enfermeiros, para transmitir, receber e delegar tarefas entre cada equipe. Além disso, esse procedimento garante a identificação de problemas permitindo uma mudança constante do planejamento dos cuidados de enfermagem (LLAPA, 2013). A comunicação e as informações sobre os pacientes são essenciais entre os profissionais de saúde, para garantir a continuidade do cuidado, principalmente quando há várias pessoas envolvidas na assistência. E para essa comunicação e transmissões de informações estão os relatórios conhecidos como passagem de plantão, informações sobre os pacientes de um turno para o outro. Dessa forma, passar plantão é um acontecimento onde se faz necessário transmitir as informações da melhor maneira possível, na certeza de que estas estejam sendo passadas de forma rápida e objetiva, porém concisa, garantindo o entendimento e um bom fluxo das informações (BARBOZA, 2011). Walker (2012), também refere que na passagem de plantão é fundamental que as informações do paciente sejam feitas de forma correta, clara e sem deixar dúvidas. Um relatório da Join Comission Internacional, 2011 refere que erros na comunicação são uma das principais causas de eventos adversos provocando morte ou lesão grave e resultados insatisfatório de tratamento. Suspensões de procedimentos e exames são comuns quando a comunicação não é efetiva entre as equipes. Walker (2012) diz que a falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem é uma forte razão para a ocorrência de eventos adversos, sugerindo que o bom cuidado à saúde é dependente de uma comunicação acurada e eficaz entre os profissionais. Melhorar a passagem de plantão se tornou uma prioridade em esforços. Em um estudo descobriu-se que a implementação de um programa de transferência foi associado com uma redução de erros e melhorias na comunicação de mudança de turnos Neste estudo, desenvolveram-se intervenções com o objetivo de melhorar a comunicação. Houve redução de eventos adversos de 3,3 para 1,5 para cada 100 admissões (STARMER, SECTISH, SIMON, 2014).

3. Metodologia

Este estudo caracteriza-se por ser um estudo de intervenção do tipo quase-experimento. Trata-se de um desenho de estudo no qual é realizou-se uma intervenção sem randomização, sendo os desfechos coletados antes e depois da intervenção. Os participantes da pesquisa foram todos os enfermeiros das unidades abertas de internação do hospital dos turno diurno e noturno. Os desfechos de interesse coletados foi: incidência de atraso da primeira dose do antibiótico em pacientes com sepse grave; tempo de permanência do cateter venoso central; tempo de permanência do cateter vesical; tempo entre a solicitação e realização de exames; e incidência de eventos adversos notificados. Foram mensurados no período de 3 meses antes da intervenção. Durante o mês subsequente, a intervenção (treinamento dos enfermeiros para utilização da ferramenta de comunicação) foi implantada. A seguir, foi realizada mensuração dos desfechos novamente por 3 meses. Este estudo caracteriza-se por ser um estudo de intervenção do tipo quase-experimento. Trata-se de um desenho de estudo no qual realizou-se uma intervenção sem randomização, sendo os desfechos coletados antes e depois da intervenção. Os participantes da pesquisa foram todos os enfermeiros das unidades abertas de internação do hospital dos turnos diurno e noturno. Os desfechos de interesse coletados foram: incidência de atraso da primeira

ISSN 1983-6783

dose do antibiótico em pacientes com sepse grave; tempo de permanência do cateter venoso central; tempo de permanência do cateter vesical; tempo entre a solicitação e realização de exames; e incidência de eventos adversos notificados. Foram mensurados no período de 3 meses antes da intervenção. Durante o mês subsequente, a intervenção (treinamento dos enfermeiros para utilização da ferramenta de comunicação) foi implantada. A seguir, foi realizada mensuração dos desfechos novamente por 3 meses.

4. Considerações Finais

Durante o estudo, 178 pacientes internaram no período pré-intervenção e 159 pacientes no período pósintervenção. O tempo entre a prescrição e a administração de antibiótico no período pré-intervenção foi 154 minutos, com diminuição no período pós-intervenção, onde o tempo foi 68 minutos ($p < 0,001$). Na inserção de cateter venoso central não houve diferença nos dias de permanência entre os períodos pré e pós-intervenção, respectivamente, 27,5 ± 15,2 e 11,7 ± 4,7 dias ($p = 0,15$). Com relação à permanência de sonda vesical de demora, também não houve diferença entre os períodos. O tempo de permanência foi 9,6 ± 5,8 dias no período pré-intervenção e 8,7 ± 6,0 dias no período pós-intervenção ($p = 0,74$). O tempo médio entre a solicitação e a realização de ecografia diminui de 37,8 ± 26,4 horas no período pré- intervenção, para17,6 ± 15,8 horas no períodos pós-intervenção ($p = 0,01$). Com relação à tomografia, a mediana do tempo entre a solicitação e a realização do exame foi 14,0 horas no período pré-intervenção e 4,0 horas no período pós-intervenção ($p = 0,01$).
No presente estudo, a utilização de uma ferramenta de comunicação na passagem de plantão da enfermagem associou-se a redução no tempo de início de antibiótico e no tempo de espera para a realização de ecografia e tomografia. Sugere-se, desta maneira, que possivelmente uma comunicação efetiva no momento da passagem de plantão contribua para maior adoção de práticas de segurança e redução de eventos adversos.

Referências

BARBOZA RSM, Lacava S. Comunicaçao e fatores que interferem na passagem de plantão. Rev Enferm
UNISA. 2011.
BECCARIA, Lucia Marinilza et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de
terapia intensiva. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo, Aug. 2009.
CARNEIRO, Fernanda Salerno et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário:
instrumento de avaliação da qualidade.Rev. enferm. UERJ, 2011.
FRANCESCHI, Alessandra Tomazi; CUNHA, Maria Luzia Chollopetz da. Eventos adversos relacionados
ao uso de cateteres venosos centrais em recém-nascidos hospitalizados.Rev. Latino-Am. Enfermagem,
Ribeirão Preto. 2010.
LLAPA, Rodriguez, et al. Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de
enfermería. Enferm. glob. Murcia, jul. 2013.
LEITÃO IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC Análise da comunicação de
eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais Revista RENE, Fortaleza, 2013.
MARTINS, Tathiana Silva de Souza; SILVINO, Zenith Rosa; SILVA, Luciana Rodrigues da. Eventos

ISSN 1983-6783

adversos na terapia farmacológica pediátrica: revisão integrativa da literatura. Rev. bras. enferm.,Brasília.
Aug. 2011.
MENDES Júnior, Walter Vieira. Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil. Rio
de Janeiro, 2007.
MENDES, Walter et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro.Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo, 2013.
PORTO, Silvia et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. Ver. Port
Saúde Publica. 2010.
SHERMAN, HERMAN et al. Towards na Intenational Classification for patient safety: The conceptual
framework. International jornal for quality Healt Care. 2009.
SILVA, AEBD. Segurança do paciente: desafio para a prática e a investigação em enfermagem, Ver.
Bras. Enf, 2010.
STARMER, AJ; SECTISH, TC; SIMON, DW. Rates of medical errors and preventable adverse events
among hospitalized children following implementation of a resident handoff bundle. JAMA 2014.
SHOJANIA, K. G. et al. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Evid Rep
Technol Assess (Summ), 2001.
THOMAZ EJ et al. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. Inquiry.1999.
VICENT, Charles. Segurança do paciente: Orientação para evitar eventos adversos. São Caetano do
Sul,SP:Editora Yendis, 2009.
WACHTER, Robert M. Compreendendo a Segurança do paciente; tradução: Laura Souza Berquó. –
Porto Alegre. Artmed, 2010.
WALKER, IA. Reshamwalla S, Wilson IH. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? Br J
Anaesth. 2012.
WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva Neri Rubim. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse
events in the hospitalization of children. Rev. Latino-Am. Enfermagem,Ribeirão Preto, June, 2012.