



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Graduação em Enfermagem

PATRÍCIA NUNES BARBOSA SOARES

**INCIDENTES DE SEGURANÇA RELACIONADOS AO GERENCIAMENTO
ORGANIZACIONAL EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Brasília

2018

PATRÍCIA NUNES BARBOSA SOARES

**INCIDENTES DE SEGURANÇA RELACIONADOS AO GERENCIAMENTO
ORGANIZACIONAL EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB), como requisito necessário para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Thatianny Tanferri de Brito
Paranaguá

Brasília

2018

PATRÍCIA NUNES BARBOSA SOARES

**INCIDENTES DE SEGURANÇA RELACIONADOS AO GERENCIAMENTO
ORGANIZACIONAL EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB), como requisito necessário para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data de Aprovação: Brasília – DF, 25 de Junho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, Dra.
(Orientador – Universidade de Brasília)

Alisson Fernandes Bolina, Dr.
(Membro Efetivo 1 – Universidade de Brasília)

Valéria Bertonha Machado, Dra.
(Membro Efetivo 2 – Universidade de Brasília)

Dedico este trabalho ao meu pai Moisés Barbosa Soares Filho que foi recolhido por Deus tão precocemente e a minha mãe Cleidimar Pereira Nunes Soares, que sempre lutou para que eu tivesse as melhores das oportunidades, a minha irmã Karla Nunes, que sempre me apoiou e aos meus amigos que sempre estiveram ao meu lado em momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre ter sido meu ajudador e protetor nos momentos mais delicados dessa jornada.

A Prof^ª Dr^ª Thatianny Paranaguá pela orientação, apoio e confiança durante 3 longos anos, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho e por ter me ajudado a descobrir novos horizontes no ambiente acadêmico.

A minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, por sempre terem feito o possível e impossível para me verem chegar aonde estou. A minha mãe que sempre me deu forças para que eu não desistisse dos sonhos que plantei e por ter sempre uma palavra de sabedoria nos momentos mais difíceis.

Ao Carlos Henrique Costa Gomes, que esteve ao meu lado me escutando e auxiliando nessa longa caminhada. Por ter me ouvido falar sobre a temática por horas e por não ter medido esforços para me ver chegar até aqui.

Aos amigos e amigas que, mesmo distante, me impulsionaram a continuar e a lutar por meus objetivos, guardo cada um de vocês no coração.

E a todos os colegas de graduação, que fizeram parte do meu crescimento profissional e pessoal.

No meio da dificuldade, está a oportunidade... (Albert Einstein).

APRESENTAÇÃO

Durante muito tempo me questionei o motivo pelo qual o sistema de saúde é tão falho. Foi a partir deste pensamento que comecei a me envolver em projetos voltados para a segurança do paciente e gestão de recursos do sistema de saúde. Hoje, após anos de estudo, posso afirmar que grande parte das lacunas que existem na saúde poderiam ser preenchidas com o envolvimento de profissionais competentes e hábeis em gerenciar os recursos organizacionais nas unidades de saúde.

Contudo, o presente estudo possui inegável relevância para a comunidade acadêmica e profissional no que diz respeito a segurança do paciente e ao gerenciamento de recursos, uma vez que aponta falhas que podem ser resolvidas com o envolvimento de profissionais capacitados.

Com o intuito de disseminar o conhecimento e o conteúdo do trabalho, o mesmo foi formulado nas normas da Revista Mineira de Enfermagem (REME), onde pretende-se publicá-lo.

INCIDENTES DE SEGURANÇA RELACIONADOS AO GERENCIAMENTO ORGANIZACIONAL EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Patrícia Nunes Barbosa Soares¹, Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá² (Orientadora), Mayane Santana de Oliveira Lopes³ (Colaboradora)

Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Enfermagem, Brasília, DF – Brasil.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A ocorrência de um incidente resulta em consequências diretas para a organização, profissional e paciente. Muitos estão relacionados aos recursos organizacionais. Conhecer esses incidentes direcionam ações para sua prevenção. **OBJETIVO:** Estimar prevalência de incidentes de segurança do paciente relacionados aos recursos e gerenciamento organizacionais ocorridos em um serviço hospitalar de emergência. **MÉTODO:** Estudo transversal, prospectivo, de natureza quantitativa, realizado em um hospital público do Distrito Federal, que integra a Rede de Urgência e Emergência. A fonte de dados desse estudo consistiu no prontuário eletrônico do paciente. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva. **RESULTADOS:** Foram analisadas 65 internações. Um total de 22 pacientes foram expostos aos incidentes relacionados à gestão de recursos organizacionais, estimando prevalência de 33,4% (IC95%: 23,1 - 45,9). O total de incidentes registrados foi de 31, evidenciando ocorrência média de 1,40 (DP: $\pm 0,66$), mínimo de 1 incidente e máximo de 3 incidentes por paciente. Constatou-se que 80,6% foram relacionados à omissão de cuidado. A ocorrência de incidentes relacionados à falta de profissionais de saúde para executarem o cuidado, identificada em 3,22% dos incidentes, reflete a sobrecarga dos profissionais dentro da instituição. **CONCLUSÃO:** A gestão de recursos organizacionais é a base para uma assistência de qualidade e emerge como exigência para a sustentabilidade do cuidado seguro.

Descritores: Segurança do paciente, Serviço hospitalar de emergência, gestão de recursos organizacionais, omissão de cuidado.

[1] Acadêmica do décimo semestre do curso de enfermagem da Universidade de Brasília (UnB) e integrante do Laboratório de Gestão dos Serviços da Saúde.

[2] Professor adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

[3] Mestranda da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

INTRODUÇÃO

O cuidado com a segurança do paciente passou a ser um tema bastante discutido nos últimos anos. Segurança do paciente é definida como a redução a um mínimo aceitável, de risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.¹

Para garantir um processo de assistência à saúde seguro, é necessário que se conheça os riscos de eventos adversos, que sejam eliminados os riscos desnecessários e prevenidos os evitáveis, intervindo de acordo com evidências científicas de eficácia demonstrada. Os eventos adversos (EA) costumam ser precedidos por erros e incidentes na atenção, além de omissões no cuidado.²

O desenvolvimento de um incidente pode estar relacionado aos fatores humanos, como comportamento, desempenho ou comunicação; ao sistema organizacional, ao ambiente natural ou à política legislativa. Geralmente mais de um destes estão envolvidos em um único incidente de segurança do paciente.¹

A ocorrência de um incidente de segurança do paciente dentro de uma unidade de saúde indica consequências diretas para a organização, como o maior uso de recursos para cuidar do paciente.¹ Segundo a Anvisa³, o incidente pode ser caracterizado como incidente sem dano, ou seja, aquele que atingiu o paciente, mas não causou danos ao mesmo.

Os recursos organizacionais estão diretamente ligados com a ocorrência ou a prevenção de incidentes, uma vez que, falhas no sistema de uma unidade de saúde afetam a infraestrutura operacional da mesma. Os fatores que contribuem para estas falhas podem ser latentes ou aparentes e podem relacionar-se com o sistema, à organização, a um membro da equipe ou a um paciente.¹

De acordo com WHO¹ os recursos organizacionais, são aqueles que equivalem ao gerenciamento da carga de trabalho, a disponibilidade de leitos, recursos humanos, disponibilidade de pessoal, adequação e organização das equipes, protocolos, políticas, procedimentos adequados.

Um estudo realizado em 2015, com o objetivo de analisar incidentes com medicamentos utilizou como fonte de dados, as fichas de notificação e fichas de investigação de incidentes com medicamentos ocorridos na unidade de urgência e emergência de um hospital público de ensino do sul do Brasil. Foram analisadas 119 notificações e respectivas fichas de investigação onde foram documentados 142 incidentes. O processo de administração de medicamentos representou 76,8%

(n = 109) dos incidentes e a omissão foi prevalente em 40,9% dos casos. O estudo apresentou um caso de óbito relacionado com o incidente com medicamentos. Em 24 (16,9%) incidentes foram relatadas consequências organizacionais, como o aumento de recursos necessários ao tratamento. O estudo destaca a omissão como principal problema associado ao processo de administração, demonstrando um cuidado de enfermagem não realizado. Assim, o artigo aponta a necessidade do emprego de ações preventivas para além das orientações das equipes, como destaque no provimento de força de trabalho compatível com as demandas, em estrutura física e tecnologias que minimizem distrações e em promoção de ambiente e processos de trabalho favoráveis à segurança na utilização de medicamentos e à redução de falhas humanas.⁴

Uma pesquisa de revisão integrativa da literatura apontou os aspectos de gestão, como o apoio a um comportamento organizacional voltado para a segurança do paciente como um pilar importante para diminuir as consequências relacionadas à segurança do paciente no contexto hospitalar. O estudo concluiu que o apoio organizacional pode contribuir para melhora no padrão de qualidade de cuidados prestados aos pacientes.⁵

Considerando a escassez de estudos que trazem a análise dos incidentes relacionados aos recursos organizacionais o presente estudo tem o intuito de responder uma lacuna científica no contexto da segurança do paciente.

Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo estimar prevalência de incidentes de segurança do paciente relacionados aos recursos e gerenciamento organizacionais ocorridos em um serviço hospitalar de emergência. A relevância do estudo está em contribuir para o levantamento de indicadores relacionados ao gerenciamento organizacional que poderão subsidiar a tomada de decisão de gestores a fim de otimizar os processos de trabalho em saúde e garantir maior sustentabilidade ao desenvolvimento do cuidado seguro e resolutividade da assistência à saúde.

MÉTODOS

Estudo transversal, retrospectivo, de natureza quantitativa, realizado em um hospital público do Distrito Federal, que integra a Rede de Urgência e Emergência (RUE).

O campo de estudo é um hospital secundário, gerido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). O serviço hospitalar de emergência (SHE) possui 45 leitos de observação, sendo todos os leitos destinados ao SUS. É um serviço de referência para o atendimento em cardiologia

na região sul de saúde do DF e entorno sul do Goiás, composta pelos municípios goianos de Valparaíso de Goiás, Novo Gama, Cidade, Ocidental, Luziânia e Cristalina.

A população do estudo consistiu nos pacientes admitidos no SHE do Hospital Regional do Gama (HRG) no mês de setembro e que permaneceram em observação no local por 24 horas.

A fonte de dados desse estudo consistiu no prontuário eletrônico do paciente. A revisão de processos nos prontuários é um método que utiliza abordagem retrospectiva para medir os eventos adversos (EAs). Esse método permite determinar a natureza, a incidência e o impacto econômico dos EAs, buscando ainda, descobrir suas causas.⁶ De acordo com Sousa⁷, tais estudos são considerados o padrão-ouro para caracterizar a ocorrência, a tipologia e as consequências dos EAs no âmbito hospitalar.

Um estudo canadense estimou a incidência de EAs entre pacientes em hospitais de cuidados agudos. Foram selecionados aleatoriamente 4 hospitais de 5 províncias (Colúmbia Britânica, Alberta, Ontário, Quebec e Nova Escócia) onde foi revisada uma amostra aleatória de prontuários de pacientes adultos, observou-se que a taxa de EAs foi de 7,5 por 100 internações hospitalares, onde ocorreram 36,9% de EAs considerados evitáveis e morte em 20,8%. O estudo demonstra que investigações em prontuários de pacientes apresentam importantes resultados em relação a incidentes que ocorrem durante a internação hospitalar.⁸

Foram incluídos os prontuários dos pacientes com idade superior a 18 anos que estavam no hospital há 24h (período de observação que caracteriza o atendimento de urgência e emergência) e prontuários com os registros nos documentos eletrônicos acolhimento, anamnese, evoluções de enfermagem, evoluções médicas, apazamento e checagem, controles. Excluiu-se da pesquisa os pacientes que permaneceram na unidade de urgência e emergência por um período inferior a 24 horas.

A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2017, consultando os dados do Sistema Integrado de Saúde (SIS). A pesquisa consistiu na avaliação dos registros dos profissionais de saúde no prontuário eletrônico do paciente (PEP) referente à assistência prestada durante as 24 horas de internação do paciente que participou do estudo, em busca da identificação de eventos adversos. Esta etapa utilizou instrumento elaborado pela pesquisadora, validado quanto à clareza, objetividade e alcance dos objetivos. O instrumento contemplou questões para a caracterização do paciente, aspectos clínicos da internação e questões para a investigação dos incidentes. Para esta avaliação, foram incluídos, no menu do PEP, os registros contidos nos documentos eletrônicos

acolhimento, anamnese, evoluções de enfermagem, evoluções médicas, aprazamento e checagem, controles.

Os potenciais incidentes foram registrados na íntegra, estruturado em planilha do Microsoft Office Excel, formando um *corpus* de análise, que foi submetido à validação quanto ao tipo de incidente. A classificação do incidente como evento adverso ou incidente sem dano, foi guiada pela taxonomia para segurança do paciente, proposta pela OMS¹, e realizada por três juízes, de forma independente. Posteriormente os dados foram confrontados e, aqueles que apresentaram divergências na classificação, foram discutidos pelo grupo para definição e validação final.

A comissão de juízes foi composta por um profissional com experiência em Serviço Hospitalar de Emergência, um profissional com experiência em Núcleo de Segurança do Paciente e uma pesquisadora com experiência na área de segurança do paciente. O julgamento dos dados foi norteado pela taxonomia para a segurança do paciente proposta pela Organização Mundial de Saúde.¹ Considerou-se incidente sem dano aquele onde a consequência no paciente é assintomática não necessitando de tratamento; dano leve os incidentes que indicaram consequências sintomáticas para o paciente, ou com sintomas brandos, ou perda de funções ou danos mínimos sem necessidade de intervenção ou com intervenção mínima; dano moderado, quando houve consequências sintomáticas no paciente com necessidade de intervenção, com danos permanentes ou de longo prazo, ou ainda, perda de função; dano grave, quando houve consequências sintomáticas no paciente com necessidade de intervenção médico/cirúrgica ou que causou danos permanentes no paciente ou de longo prazo, ou ainda, perda de funções; e morte quando o incidente resultou em causa ou antecipação da morte do paciente.

Para nortear as causas dos incidentes analisados, os quais foram relacionados com a gestão de recursos organizacionais, a taxonomia para segurança do paciente aponta a gestão da carga de trabalho, disponibilidade/adequação de camas/serviços, disponibilidade/adequação de recursos humanos/pessoal, organização de equipes/pessoas e disponibilidade/adequação de protocolos/políticas/procedimentos/linhas como as causas predominantes para a ocorrência dos incidentes.

Para controlar a qualidade dos dados coletados foi elaborada uma planilha do excel onde os dados foram inseridos com dupla digitação. Posteriormente foram transportados para o Software Estatístico SPSS® (Statistical Package for Social Sciences) que auxiliou a análise dos dados. Os

dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, com apresentação de medidas de dispersão, média, frequência simples e absoluta.

Foi calculada a prevalência de incidentes relacionados ao gerenciamento de recursos organizacionais, considerando o número total de prontuário (65) como denominador e o número de pacientes expostos (22) como numerador.

Os aspectos éticos foram respeitados, de acordo com as recomendações da Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob o número CAAF: 70024717.0.0000.5553 que corresponde a um projeto maior intitulado “Relação entre a satisfação e a segurança do paciente em serviço hospitalar de emergência: percepção do paciente”.

RESULTADOS

Foram analisados 65 prontuários de pacientes que foram admitidos no SHE, cujo perfil está apresentado na tabela 1.

TAB. 1 - Caracterização dos usuários no Sistema Hospitalar de Emergência (SHE) clínico de um hospital regional do Distrito Federal.

VARIÁVEIS	N	%
SOCIODEMOGRÁFICAS		
Sexo		
Masculino	38	58,2
Feminino	27	41,2
Idade		
Até 30 anos	09	13,8
31 a 41 anos	10	15,4
41 a 50 anos	09	13,8
51 a 60 anos	14	21,5
61 a 70 anos	12	18,5
71 anos	11	16,9
Estado civil		
Casado	33	50,8
Viúvo	09	13,8
Solteiro	19	29,2
Separado	04	6,2

Escolaridade				
Sem escolaridade			06	9,2
Ensino médio			17	26,2
Ensino fundamental			36	55,4
Ensino superior			06	9,2
Renda mensal				
Até 1 salário mínimo			29	44,6
De 1 a 2 salários mínimos			12	18,5
De 2 a 5 salários mínimos			22	33,8
De 5 a 10 salários mínimos			02	3,1
Dados sociodemográficos				
Idade	Mínima	Máxima	Média	DP
	19	89	51,7	17,7

Foram analisados 65 prontuários. Um total de 22 pacientes foram expostos aos incidentes relacionados à gestão de recursos organizacionais, estimando prevalência de 33,84% (IC95%: 23,1 - 45,9). O total de incidentes registrados foi de 31, evidenciando ocorrência média de 1,40 (DP= ±0,66), mínimo de 1 incidente e máximo de 3 incidentes.

A classificação dos incidentes e sua análise descritiva estão apresentadas na tabela 2.

TAB. 2 - Descrição dos incidentes quanto ao turno, dia da semana, causa e grau do dano.

DESCRIÇÃO DO INCIDENTE	N	%
Turno de ocorrência		
Manhã	13	41,9
Tarde	11	35,4
Noite	7	22,5
Dia da semana		
Domingo	6	19,3
Segunda-feira	5	16,1
Terça-feira	5	16,1
Quarta-feira	4	12,9
Quinta-feira	3	9,6
Sexta-feira	5	16,1

Sábado	3	9,6
Causa do incidente		
Indisponibilidade/inadequação de cama/serviços	17	54,8
Falta de organização de equipes/pessoal	13	41,9
Indisponibilidade/inadequação de recursos humanos/pessoal	1	3,2
Grau do dano		
Leve	2	6,4
Moderado	17	54,8
Não se aplica	12	38,7
Total	31	100,0

A análise dos incidentes evidenciou que 61,2% (19) corresponderam aos eventos adversos, desses eventos adversos 6,4% (2) ocasionaram danos leves ao paciente e 54,8% (17) danos moderados. Os tipos de incidentes mais encontrados foram omissão de cuidado com 80,6% dos casos (25) e falta de material médico/hospitalar com 19,3% (6). Outro dado importante a ser observado no estudo é o percentual de casos relacionados com o gerenciamento de recursos/materiais que representa 100%.

A análise dos 31 incidentes relacionados à gestão de recursos organizacionais, evidenciou que 54,8% (17) dos casos foram relacionados com a indisponibilidade/inadequação de camas/serviços, 41,9% (13) com falta de organização de equipes/pessoas e 3,2% (1) como indisponibilidade/inadequação de recursos humanos/pessoal.

Numa análise mais aprofundada do total de incidentes, constatou-se que 80,6% (25) dos incidentes resultaram em omissão de cuidado, retardando o tratamento e/ou resposta do paciente e, ainda, aumentando o tempo de permanência na instituição.

Em relação aos dias da semana, os incidentes ocorreram com maior frequência nos dias de domingo com 19,3% (6) dos casos, seguido de segunda-feira com 16,1% (5). O maior número de incidentes aconteceu no turno da manhã com 41,9% (13).

DISCUSSÃO

A busca por assistência de qualidade nos serviços de saúde tem sido amplamente discutida. Em sentido restrito, qualidade é conceituada como sinônimo de qualidade técnico-científica característica central da atenção à saúde.⁶

Contudo, se um erro acontece, aprende-se com ele e inicia-se uma cultura de segurança que alcance a equipe de saúde, a instituição e os pacientes. A enfermagem, por ter um maior envolvimento com os procedimentos hospitalares e sendo a categoria que mais se relaciona com o paciente é um importante pilar para a redução de erros.² Por outro lado, é responsável por diversas tarefas dentro de uma instituição de saúde onde muitas vezes não há recursos suficientes para atender a todas as demandas, o que pode levar a altas taxas de interrupções. O profissional tende a optar, muitas vezes, por atendimentos prioritários, assim, os atendimentos podem ser abreviados, inacabados, atrasados ou simplesmente omitidos.⁹

A exacerbada demanda de cuidados dentro de uma unidade hospitalar e a falta de recursos humanos e materiais, tem se apresentado como um dos fatores de maior relevância para a ocorrência de incidentes relacionados com a segurança do paciente. Ball¹⁰, afirma que a alta quantidade de pacientes por enfermeiro, está associada à omissão do cuidado. Segundo Spagnol & Fernandes¹¹, a maioria das unidades hospitalares apresentam configurações clássicas em suas estruturas organizacionais, como concentração de poder, falhas na comunicação, e demora em se obter respostas aos problemas emergenciais, essas configurações acarretam em dificuldades gerenciais e conseqüentemente oferta insegura de assistência à saúde.

A ocorrência de incidentes relacionados à falta de profissionais de saúde para executarem o cuidado, identificada em 3,2% dos incidentes, reflete a sobrecarga desses profissionais dentro da instituição. De acordo com Novaretti¹² é imprescindível que os gerentes de enfermagem se envolvam de maneira ativa no processo de gestão de pessoas para evitar a sobrecarga de trabalho, a fim de aumentar a segurança do paciente.

Associado à essa realidade, destaca-se ainda a dificuldade de gerenciar a organização das equipes de saúde, de modo a atender a demanda da população. Nesse estudo, os incidentes relacionados à organização de equipes\pessoas correspondeu a 41,9%.

A superlotação dos SHE associada à sobrecarga de trabalho dos profissionais, a infraestrutura inapropriada, em conjunto com os recursos humanos, materiais e físicos deficientes comprometem a assistência prestada.¹³

O gerenciamento da superlotação tem sido um constante desafio para os enfermeiros, à proporção que eles precisam planejar o atendimento de qualidade diante da realidade onde a demanda por assistência é alta e os recursos humanos e materiais são desproporcionais a essa necessidade. Para melhor sanar os problemas encontrados, há uma necessidade de reorganização do sistema de saúde referente às urgências, ampliação da estrutura física das unidades e a capacitação dos profissionais sobre gerenciamento de enfermagem.¹⁴

As principais causas das ocorrências de incidentes estão relacionadas a fatores característicos do gerenciamento do serviço e da assistência de enfermagem, bem como o déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, falta de liderança e supervisão de enfermagem, problemas de relacionamento interpessoal dentro da equipe multiprofissional.¹⁵

Neste estudo, foi apontado 06 incidentes relacionados à falta de material. A literatura aponta que existem áreas mais frágeis no sistema de saúde e que precisam de um olhar mais atento, como as condições de trabalho, o material disponibilizado e o espaço físico. Além destes, a capacitação de pessoal acerca da segurança do paciente, a adoção de protocolos e de *check list* colaboram para melhorias na qualidade da assistência prestada.¹⁶

Observou-se que 80,6% dos incidentes, que variaram quanto às causas, resultou na omissão de cuidado, por sua vez, associa-se as dificuldades na gestão de recursos organizacionais.

O atendimento omitido pela enfermagem, também conhecido como *missed nursing care*, significa cuidados de enfermagem que são omitidos em parte, em conjunto ou atrasado. Quando os cuidados de enfermagem necessários não são concluídos, a qualidade do atendimento é comprometida.¹⁷

Esse fenômeno foi identificado pela primeira vez por Kalisch. O estudo foi conduzido em dois hospitais, com 25 grupos de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e secretários da unidade e possibilitou o delineamento de nove elementos de cuidados de enfermagem regularmente omitidos (deambulação, mudança de decúbito, alimentação adiada ou perdida, ensino de pacientes, planejamento de alta, apoio emocional, higiene, documentação e vigilância de entrada e saída) e sete motivos pelos quais a enfermagem omitiu esse atendimento (pouco pessoal, uso desigual de

recursos humanos existentes, tempo necessário para a intervenção de enfermagem, trabalho em equipe, delegação ineficaz, hábito e negação).¹⁸

Um estudo realizado na Inglaterra que buscou examinar a natureza e a prevalência de cuidados omitidos por enfermeiros, nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, além de avaliar se o número de episódios de cuidados perdidos está associado à quantidade de profissionais, demonstrou que os cuidados omitidos como, educar, reconfortar e conversar com o paciente e atualizar planos de cuidados foram os mais prevalentes.¹⁰

De acordo com Ball¹⁹, monitorar a ocorrência de omissão de cuidados é necessário por consistir em um importante indicador de “alerta precoce” para um maior risco de resultados adversos do cuidado.

O erro acarreta em consequências não apenas para o paciente, mas para os profissionais (segunda vítima) e para a instituição. O termo “segunda vítima” refere-se ao profissional que apresenta algum sofrimento emocional após a ocorrência de um incidente com o paciente. Um estudo realizado em um hospital universitário sueco, onde 21 profissionais que passaram por algum evento adverso, foram entrevistados apontou sofrimento emocional por parte dos profissionais após a ocorrência de um EA. Além disso, a resposta da instituição frente ao erro foi um dos principais fatores para o desencadeamento desse sofrimento, uma vez que a instituição não ofereceu auxílio ou, quando oferecido, era desestruturado e sem sistematização.²⁰

A cultura de segurança possui como foco a correção dos processos de trabalho, onde o modelo assistencial é baseado na não punição, intencionando a prevenção de ocorrências e eventos indesejados, defendendo assim que na maior parte das situações os erros acontecem por uma sequência de eventos e não de um único ato isolado.¹⁶

Quando um EA acontece é necessário que os gestores das instituições compreendam que esses erros, muitas vezes, estão diretamente relacionados com às falhas no sistema como um todo e não apenas no indivíduo. Dessa forma, é recomendável que sejam identificadas as falhas que existem no processo para adotar medidas de prevenção.²¹

Barp²² retrata a importância de 2 indicadores para avaliar segurança e saúde no trabalho: O proativo e o reativo. O proativo, refere-se a medidas de prevenção de situações que gerem riscos à saúde, já o reativo é aquele que vai identificar fatores que levaram ao acidente. Dessa maneira, utilizando estes conceitos administrativos para a saúde dos pacientes do sistema de saúde, podemos fazer um paralelo entre atitudes proativas e reativas. Ações proativas no sistema de saúde possui o

intuito de prevenir erros, buscando identificar precocemente os riscos de incidentes, seriam medidas essenciais para a segurança do paciente dentro das instituições de saúde. Já as ações reativas são aquelas onde a equipe e/ou profissional de saúde buscam resoluções após o incidente acontecer.

Os erros mais comuns relatados em estudos são os de horários de administração de medicação que tem sido uma importante preocupação no âmbito da segurança do paciente (antecipar, atrasar o preparo ou administração do fármaco), uma vez que os desfechos gerados por esse tipo de erro vão desde a falha terapêutica do paciente até o óbito. A deficiência de força de trabalho e a sobrecarga são fatores que contribuem para que estes aconteçam, e ambos estão relacionados com a gestão dos serviços de saúde.²³

Errar é humano, contudo, os profissionais cometem erros de maneira não intencional, por isso, faz-se necessário a utilização de protocolos, educação continuada e mudanças na estrutura do sistema para que estas sirvam de barreiras para o erro.²³

O sucesso de uma organização depende da estrutura organizacional, mesmo com uma implantação bem sucedida, sem o apoio dos funcionários de todos os setores, esta não se sustenta²⁴. Da mesma forma, existem dificuldades que, para serem sanadas, dependem da atuação de esferas maiores dentro da organização. Culpabilizar a micro gestão de maneira individual por incidentes relacionados à gestão de recursos organizacionais diverge da abordagem sistêmica indicada para a tomada de decisão no contexto da segurança do paciente.

A limitação do estudo versa sobre a fonte de dados utilizada. Apesar dos prontuários serem considerados padrão ouro para estudos na área de segurança do paciente, algumas informações podem ser omitidas, preenchidas de maneira inadequada ou insuficiente no que tange aos procedimentos realizados nos pacientes, o que dificulta a identificação de possíveis incidentes. Desse modo, a prevalência real pode ser muito maior do que a evidenciada nesse estudo.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo permitiram estimar a prevalência de incidentes de segurança do paciente relacionados aos recursos organizacionais ocorridos no serviço hospitalar de emergência. A prevalência de incidentes identificada no estudo foi de 33,8%, os eventos

adversos correspondem a 61,2% dos incidentes encontrados. 6,4% desses eventos tiveram como consequência danos leves ao paciente e 54,8% danos moderados.

Com base nos achados, foi possível observar que os incidentes ocorreram devido a diversos fatores, entre os quais, destacam-se as deficiências de materiais, recursos humanos e estruturas inadequadas, precipuamente. De outro modo, importa-nos a prevalência de incidentes relacionados à gestão de recursos, como demonstramos ao longo do estudo, uma vez que 80,6% dos incidentes estavam relacionados com omissão de cuidado.

A gestão de recursos é a base para uma assistência de qualidade, e desse modo, a capacitação de profissionais para atuar na gestão com o objetivo de preencher as lacunas existentes no processo da assistência em saúde é imprescindível para a segurança do paciente dentro das instituições.

Para que essa realidade seja transformada é necessário que a cultura de todo o sistema seja modificada, uma vez que a incidência de erros dentro das instituições de saúde acarreta em consequências não apenas para o usuário, mas para os profissionais e para a própria instituição.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra. 2009.
2. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2017.25:e2877.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde. 2014.
4. Valle MMF, Cruz EDA, Santos T. Medication incidents in an outpatient emergency service: documental analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2017. 51:e03271
5. Rodrigues CCFM, Santos VEP, Sousa P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. *Rev Bras Enferm*. Brasília. 2017. v.70 n.5.

6. Sousa P. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro, EaD/ENSP. 2014. 452 p.
7. Sousa P, Serranheira, F, Leite E, Nunes C, Uva AS. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2011.
8. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2004.
9. Siqueira LDC. Validação do MISSCARE-BRASIL – instrumento para avaliar omissão de cuidados de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017.
10. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. Care left undone’ during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ*, 2014. 23:116–125.
11. Spagnol CA, Fernandes MS. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar: aspectos teóricos. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)*. 2004.
12. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Enferm*. 2014. set-out;67(5):692-9.
13. Ribeiro RM, Pompeo DA, Pinto MH, Ribeiro RCHM. Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(3):216-2.
14. Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Garlet ER, Erdmann AL. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(2):136-43.
15. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2015 jan-fev;68(1):144-54.
16. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, Amante LN, Matos E. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. 2016.
17. Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RRM. The Impact of the Nursing Practice Environment on Missed Nursing Care. *PMC*. 2015; Dec; 3(4): 60–65.
18. Kalisch BJ. Missed Nursing Care: A Qualitative Study . *Journal of Nursing Care Quality*, 2006.
19. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, Lindqvist R, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* .2017.

20. Ullstrom S, Andreen, SM, Hansson, J, Ovretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ*, 2014; 23(4): 325-331.
21. Siman AG, Cunha SGS, Brito MIM. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03243.
22. Barp FL, Palma DL, Locatelli DRS. Indicadores de desempenho proativo em segurança e saúde no trabalho. *Revista Científica Tecnológica - Uceff Faculdades*. 2014.
23. Forte ECN, Pires DEP, Padilha MI, Martins MMFPS. Erros de enfermagem: o que está em estudo. *Texto Contexto Enfermagem*, 2017. 26(2):e01400016.
24. Farias DC, Araújo FO. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Ciência & saúde coletiva*, 2017. 22 (6):1895-1704.