

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**EVENTOS ADVERSOS CAUSADOS POR FALHAS GERENCIAIS DE
COMUNICAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

LÍGIA MARIA QUITÉRIO

**SÃO PAULO
2014**

Prof. Eduardo Storopoli
Reitor da Universidade Nove de Julho

Prof. Dr. César Augusto Biancolino
Diretor do Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistema de Saúde

LÍGIA MARIA QUITÉRIO

**EVENTOS ADVERSOS CAUSADOS POR FALHAS GERENCIAIS DE
COMUNICAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**ADVERSE EVENTS CAUSED BY MANAGEMENT FAILURE COMMUNICATION
IN INTENSIVE CARE UNIT**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão de Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE como requisito para a obtenção do título de **Mestre em Administração**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Zago Novaretti

SÃO PAULO
2014

Quitério, Lígia Maria.

Eventos adversos causados por falhas gerenciais de comunicação em unidade de terapia intensiva. / Lígia Maria Quitério. 2014.

97 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2014.

Orientador (a): Profa. Dra. Márcia Cristina Zago Novaretti.

1. Processo de gestão. 2. Segurança do paciente. 3. Unidade de terapia intensiva. 4. Comunicação.

I. Novaretti, Márcia Cristina Zago. II. Título

CDU 658:616

LÍGIA MARIA QUITÉRIO

**EVENTOS ADVERSOS CAUSADOS POR FALHAS GERENCIAIS DE
COMUNICAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração – Gestão em Sistema de Saúde, pela Banca Examinadora, formada por:

São Paulo, 25 de Novembro de 2014.

Presidente: Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Zago Novaretti
Orientadora Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Membro: Prof.^a Dr.^a Iolanda de Fátima Lopes Calvo Tibério
Universidade de São Paulo – HC FMUSP

Membro: Prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Ferraz
Universidade Nove de Julho - UNINOVE

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Adelino (*In Memoriam*) e à minha mãe, Maria Alice, que sempre lutaram para que eu e meus irmãos tivéssemos uma formação acadêmica.

Aos meus irmãos, pelo carinho e por serem pacientes em minhas necessárias ausências.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter dado capacidade e condições de completar mais uma etapa importante na minha vida.

À minha orientadora Prof. Dr.^a Márcia Cristina Zago Novaretti, pelo seu vasto conhecimento e que sempre me incentivou nessa trajetória. A ela todo meu carinho e gratidão.

À Prof.^a Dr.^a Iolanda de Fátima Lopes Calvo Tibério por aceitar fazer parte da banca de defesa, onde que seu grande conhecimento enalteceu a pesquisa.

Ao Prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Ferraz que também fez parte da banca de defesa e colaborou com melhorias enriquecedoras.

À Dr.^a Renata Mahfuz Daud Gallotti, que possibilitou a continuidade da carreira acadêmica.

À Universidade Nove de Julho pela oportunidade de ingressar no Mestrado Profissional em Administração com enfoque na área de Gestão em Saúde e pela bolsa de estudo concedida.

Aos professores da Universidade Nove de Julho, pelas sugestões e conselhos valiosos.

Aos meus amigos de turma e de trabalho, que estiveram comigo em momentos felizes e difíceis.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi estudar os incidentes de segurança que podem estar associados a falhas gerenciais de comunicação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), com o propósito de fornecer informações para desenvolver estratégias para aumentar a segurança do paciente e aprimorar a qualidade de assistência à saúde. É um estudo empírico, retrospectivo de natureza descritiva, realizado por meio de pesquisa documental, bibliográfica e pesquisa-ação, com abordagem quantitativa e qualitativa do problema. O período de estudo foi de 25 de maio a 25 de agosto de 2009, com uma população de 202 admissões de pacientes internados em UTIs de um hospital público, terciário, de São Paulo. Foram identificados 999 incidentes de segurança e analisados de acordo com a classificação internacional para a segurança do doente (CISD), tendo predominância os incidentes sem danos, com 626 (62,66). A média de idade dos pacientes que sofreram incidentes com danos foi de 52,77 anos (DP=20,01), com variação mínima de 15 e máxima de 96 anos; o tempo médio de permanência nas unidades foi de 10,09 dias (DP=10,14), variando de 0 a 70 dias. Avaliando as comorbidades pela escala de Charlson, os incidentes por falhas de comunicação foram mais frequentes (87,6%), quando comparados com os outros incidentes ($p < 0.0005$), fato esse que pode ser parcialmente explicado, uma vez que pacientes com maior número de comorbidades necessitam de cuidados de enfermagem intensificados, assim como maior número de medicações, maior número de solicitações de exames complementares, logo são pacientes que estão mais sujeitos a incidente em geral, destacando-se aí os de comunicação. Os incidentes sem danos estão relacionados à documentação e à comunicação verbal, e geraram 62,66% dos incidentes. As falhas de comunicação escrita estão associadas a medicações, dietas e aos processos e procedimentos clínicos, e representaram a maioria dos incidentes com danos: 24,82%. Neste estudo, todos os incidentes relacionados às falhas de comunicação foram do tipo evitáveis. A proposta de um instrumento norteador para redução de incidentes de comunicação poderá ser empregada, com o objetivo de melhorar a comunicação e aumentar a segurança dos pacientes em ambiente hospitalar, notadamente relacionados aos cuidados críticos. Quanto à origem dos incidentes de comunicação, as prescrições médicas, controles de enfermagem, as visitas médicas e de enfermagem foram fontes de identificação dos incidentes de segurança dos pacientes. Foram detectadas 152 falhas de comunicação sendo que 49,67% estão associadas à comunicação entre médico e enfermagem da UTI. Conclusão: Falhas de comunicação em UTI foram frequentes no nosso estudo. As mais comuns foram aquelas relacionadas às medicações, às dietas e aos processos e procedimentos clínicos. Todas foram do tipo evitáveis, demonstrando que o gestor pode ter papel na prevenção de incidentes de segurança do paciente ao elaborar estratégias para aprimoramento da comunicação entre os atores da UTI.

Palavras-chave: Processo de gestão, Segurança do paciente, Unidade de Terapia Intensiva, Comunicação.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate patients' safety incidents that may be associated with management communication failures in Intensive Care Units (ICUs) with the purpose of providing information to develop strategies to increase patient safety and improve the quality of health care. This is an empirical, retrospective study of a descriptive nature, conducted through documental, literature research and action research with a quantitative and qualitative approach to the problem. The study period was from May 25 to August 25, 2009, with a population of 202 admissions of ICU patients from a public hospital, tertiary. We identified 999 patient safety incidents and we analyzed according to the international classification for patient safety (ICPS), with predominance of no harm incidents, with 626 (62.66%), and 248 (24.82%) incidents of harm. Age of patients who have suffered harm incidents was 52.77 years (average, SD = 20.01), with minimum variation of 15 and maximum of 96 years; the average length of stay in the units was 10.09 days (SD = 10.14), ranging from 0 to 70 days. Evaluating the Charlson comorbidity scale incidents by communication failures were more frequent (87.6%) when compared with other incidents ($p < 0.0005$). This finding, can be partially explained, since patients with more comorbidities require intensified nursing care, as well as higher number of medications, more exams requests, so are patients who are more prone to incidents in general, standing out there communication. The incidents with no harm were related to documentation and to verbal communication, generating 62.66% of incidents. Written communication failures were associated to medications, diets and clinical processes and procedures. They accounted for most incidents with harm: 24.82%. In this study, all incidents related to communication failures were of preventable type. We developed a form to be used as a check list to reduce communication incidents that can be employed to improve communication and to increase patient safety in hospitals, especially those related to critical care. The detection of communication incidents were originated at medical prescriptions, nursing controls, medical rounds and nursing care. We identified 152 communication failures, in which 49.67% were related between physicians and the ICU nursing staff. Conclusion: The most observed safety incidents due to communication failure were those related to medications, diets and clinical processes and procedures. All of them were of avoidable type, demonstrating that healthcare manager may have a role in the prevention of patient safety incidents while propose strategies to improve the communication among ICU actors.

Keywords: Process Management, Patient Safety, Intensive Care Unit, Communication.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 QUESTÃO DE PESQUISA	18
1.2 OBJETIVOS.....	18
1.2.1 Geral.....	18
1.2.2 Específicos	19
1.3 ESTRUTURAS DO TRABALHO	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 PROCESSOS DE GESTÃO EM UTI.....	20
2.1.1 Processos de Administração de Medicamentos	25
2.1.2 Processos de Agendamento de Exames Complementares	27
2.1.3 Processos de Controle Nutricional	28
2.1.4 Estruturas da UTI	28
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	31
2.3 COMUNICAÇÃO.....	36
2.3.1 Constructos da Pesquisa.....	39
3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA	44
3.1 OBJETIVO DA PESQUISA.....	50
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	50
3.3 COLETA DE DADOS	51
3.4 PROCEDIMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	54
3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	55
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS	56

4.1 DESCRIÇÃO DOS INCIDENTES RELACIONADOS A FALHAS DE COMUNICAÇÃO	57
5 CONCLUSÃO	66
6 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	67
6.1 PROPOSTA DE <i>CHECKLIST</i>	68
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE – 1	77
APÊNDICE – 2	84
APÊNDICE – 3	93
ANEXO	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APACHE II	<i>Acute Physiology and Chronic Health Evolution II</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<i>Call Center</i>	Central de Atendimento
CAPPesq	Comissão Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CISD	Classificação Internacional para a Segurança do Doente
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CCI	<i>Charlson Comorbidity Index</i>
DP	Desvio Padrão
EA	Evento Adverso
EAs	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
<i>Excel</i>	Programa de planilha eletrônica de cálculo
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da Universidade De São Paulo
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JC	<i>Joint Commission</i>
JCI	<i>Joint Commission Internacional</i>
MAX	Máxima

MIN	Mínima
MS	Ministério da Saúde
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PDCA	“ <i>plan – do – check – act</i> ” que desenvolve etapas de planejamento e de melhorias de um processo
PNSP	Programa Nacional para Segurança do Paciente
PSM	Pronto-Socorro de Clínica Médica
SAPS II	<i>Simplified Acute Physiology score II</i>
SEMI	Unidade de Terapia Semi-Intensiva
SUS	Sistema Único de Saúde
SOFA	<i>Sequential Organ Failure Assessment</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva
UTI-CM	Unidade de Terapia Intensiva de Clínica Médica
UTI-PNM	Unidade de Terapia Intensiva de Pneumologia
UTI-PSM	Unidade de Terapia Intensiva do Pronto-Socorro
UTI/SEMI	Unidade de Terapia Semi-Intensiva do Pronto-Socorro de Clínica Médica
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo do ciclo PDCA	22
Figura 2 – Abordagem e ênfase da administração estratégica	25
Figura 3 – Equipamentos obrigatórios em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil.....	30
Figura 4 – Esquematização dos fatores contribuintes para a gestão da segurança do paciente	32
Figura 5 – Esquematização dos fatores contribuintes para a gestão da segurança do paciente	32
Figura 6 – Processo de Gestão	40-41
Figura 7 – Unidade de Terapia Intensiva	41
Figura 8 – Segurança do Paciente	41-42
Figura 9 – Processo de Comunicação	42-43
Figura 10 – Etapas do método científico	45
Figura 11 – Estratégias de Pesquisa.....	46
Figura 12 – Critérios a serem ressaltados na Pesquisa Qualitativa.....	47
Figura 13 – Índice de Morbidade de Charlson.....	52
Figura 14 – Sugestão de <i>Checklist</i>	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das características demográficas, tempo de internação e as características clínicas de entrada na instituição.	56
Tabela 2 – Distribuição das características demográficas, tempo de internação e condições clínicas das admissões com incidentes de comunicação e incidentes outros.	58
Tabela 3 – Distribuição dos incidentes de segurança relacionados à comunicação detectados em 177 admissões nas UTIs participantes	59
Tabela 4 – Distribuição dos incidentes de segurança de pacientes relacionados a falhas de comunicação por tipo	60
Tabela 5 – Número de óbitos das admissões com incidentes de segurança relacionados a falhas de comunicação e a incidentes de outra natureza	62
Tabela 6 – Origem dos incidentes de segurança relacionados a falhas de comunicação identificados no estudo.....	62
Tabela 7 – Distribuição dos incidentes de segurança relacionados a falhas de comunicação conforme os profissionais envolvidos	64

1 INTRODUÇÃO

Em âmbito mundial, a segurança do paciente tem sido alvo de pesquisas e de publicações crescentes nos últimos anos. Pesquisadores brasileiros e internacionais estão envolvidos nos estudos relacionados à importância da qualidade do cuidado à saúde, uma vez que a segurança do paciente é considerada um dos fatores críticos na avaliação de um sistema de saúde (Leitão, Oliveira, Leite, Sobral, Figueiredo, & Cadete, 2013).

Em 2000, estimava-se que ocorreria de 44.000 a 98.000 mortes ao ano decorrentes de incidentes que poderiam ser passíveis de prevenção (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Os incidentes, por definição, são injúrias não intencionais, sem relação à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (Hiatt, Brennan, Laird, Lawthers, Leape, Localio, & Thorp, 1989; Chang, Lee, Pearson, Kahn, Elliott, & Rubenstein, 2005; Gonçalves, Andolhe, Oliveira, Barbosa, Faro, Gallotti, & Padilha, 2012).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem como característica o atendimento a pacientes graves, instáveis, que requerem tratamento de maior complexidade. A equipe que atua na UTI é multiprofissional, com vários níveis hierárquicos, é especialmente treinada e qualificada e utiliza equipamentos e insumos, muitas vezes específicos. A UTI funciona continuamente, isto é, sem interrupções, 24 horas nos sete dias da semana. Desse modo, a integração entre os elementos da equipe e entre a equipe e paciente/família é fundamental para que a UTI tenha um funcionamento e articulação adequados (Knobel, 2009; Fernandes, Pulzi-Júnior, & Costa-Filho, 2010).

O objetivo principal de uma UTI continua sendo o de dar o maior suporte possível aos pacientes críticos e com emergente risco de vida. Recentemente, com a maior sobrevivência dos pacientes tratados de doenças que anteriormente eram consideradas fatais, com a maior prevalência de doenças cardiovasculares, com o maior número de casos de tratamento de câncer e de cirurgias complexas, tem sido observada maior necessidade potencial de cuidados intensivos; e, conseqüentemente, maior necessidade de vagas de UTI (Fernandes, Pulzi-Júnior, & Costa-Filho, 2010).

A UTI surgiu no século passado na Grã-Bretanha, onde uma sala era reservada para atendimento a pacientes que necessitavam de maiores controles e cuidados. A localização da sala era próxima ao centro cirúrgico e recebia os pacientes em pós-operatórios, mas também poderia ser ocupada por outros pacientes que requisitassem maiores cuidados (Silva, Pimentel, Silva, Araújo, & Barbosa, 2008).

Florence Nightingale participou da Guerra da Criméia com 38 enfermeiras voluntárias que haviam sido treinadas por ela, para cuidar dos soldados britânicos. Os feridos foram isolados de maneira que fossem selecionados de acordo com a gravidade de cada um, usando medidas preventivas para evitar infecções e epidemias. Com essa estratégia de atendimento, foi observada uma redução de mortalidade desses pacientes (Ribeiro, Silva, & Miranda, 2005).

Um século depois, os Estados Unidos (EUA), durante a sua participação na Segunda Guerra Mundial, na Guerra da Coreia e depois na Guerra do Vietnã, contribuíram para grande avanço tecnológico e inovações em várias áreas da medicina, dentre elas a transfusão de hemoderivados, a terapia para o choque e a proposta de remoção de pacientes críticos para locais mais adequados e equipados. Na Europa, durante essa época, foram estabelecidos critérios de divisões de choque para ressuscitar e cuidar de soldados feridos no campo de batalha ou quando fossem submetidos à cirurgia (Jerônimo, 2011; Lino & Silva, 2001)

Com a escassez do pessoal de enfermagem, durante a segunda Guerra Mundial, os pacientes em pós-operatório eram forçados a permanecer em salas de recuperação. Essa era a nova logística de atendimento aos pacientes pós-cirúrgicos. Com isso acabou promovendo uma observação mais acurada desses pacientes, e assim contribuindo para um atendimento mais eficaz (Ribeiro, Silva, & Miranda, 2005). A partir de então, devido às evidências dos benefícios relacionados à assistência ao paciente nesses locais, houve uma disseminação de salas de recuperação no pós-operatório, implantadas na grande maioria dos hospitais nos EUA (Knobel, 2009).

O precursor dos avanços de cuidados intensivos nos EUA foi o médico Walter Edward Dandy, que separou uma unidade com três leitos para os pacientes em pós-operatórios de neurocirurgia no Hospital Johns Hopkins em Baltimore (Ribeiro, Silva, & Miranda, 2005).

No período de 1947 a 1948, na Europa e nos Estados Unidos, com a epidemia da poliomielite, ocorreu o acometimento do pulmão na forma grave da doença, levando as pessoas a desenvolver insuficiência respiratória. Com isso, advieram avanços para o tratamento dos pacientes que estavam morrendo devido a essas complicações. Nessa época, na Dinamarca, foi desenvolvida a técnica da ventilação respiratória manual, em que um tubo era inserido na traqueia do paciente com poliomielite para ser ventilado, e assim o paciente era mantido até sua recuperação (Ribeiro, Silva, & Miranda, 2005).

No Brasil, os primeiros ensaios relacionados à terapia intensiva foram em 1950, com a utilização do método da ventilação mecânica controlada. Este fato ocorreu com a importação do “pulmão de aço” pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da São Paulo. A partir de então, a ventilação mecânica deixou de ser exclusividade dos centros cirúrgicos e da área de anestesia, expandindo-se para as “unidades de respiração”, como eram chamadas à época (Ribeiro, Silva, & Miranda, 2005). Em São Paulo, o Hospital das Clínicas foi o pioneiro na implantação da Unidade de Terapia Intensiva, visando uma assistência mais eficiente aos pacientes críticos.

Acompanhando a tecnologia do momento, surgiu a ventilação e a monitorização cardíaca, juntamente com a capacitação das equipes de saúde. Foi nesse período que as UTIs passaram a ser consideradas como serviços especializados (Silva *et al.*, 2008).

Em uma UTI o trabalho é interdependente, com envolvimento de vários profissionais no processo do cuidar, tais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. Os serviços de suporte, como laboratório, hemoterapia e informática, são utilizados diuturnamente. Isso tudo, juntamente com conhecimento técnico-científico, tem como propósito levar uma assistência à saúde de qualidade aos pacientes de difícil manuseio (Fassini & Veronice, 2012). Essas características fazem com que os processos envolvidos no funcionamento das unidades de cuidados intensivos sejam particularmente suscetíveis a erros, podendo comprometer a segurança dos pacientes nela internados (Fassini & Veronice, 2012).

Uma UTI tem uma área específica no hospital, com acesso controlado, não tendo livre trânsito para outras unidades, mas, idealmente, com localização acessível, próxima de elevador, de unidade de emergência, do centro cirúrgico, da sala de recuperação pós-anestésica e das unidades intermediárias de terapia. Os leitos são dispostos em uma área

comum (tipo vigilância), com quartos fechados ou mistos dependendo da infraestrutura tecnológica, que possibilite a monitorização contínua dos pacientes (Canineu, Guimarães, Lopes, Vendrame, Júnior, & Lopes, 2006).

Por ser um local em que os pacientes são graves e/ou lábeis, podendo estar inconscientes ou sedados, medidas terapêuticas são discutidas continuamente, e procedimentos invasivos podem ser necessários em caráter emergencial. Pode, ainda nesse local, serem necessários procedimentos complexos como a conexão de múltiplos equipamentos ao paciente simultaneamente, administração de diversos medicamentos (modificados em dose e tipo ao longo do dia), exames complementares diários, envolvendo outras áreas do hospital. Decisões rápidas que abarcam vários elementos da equipe multiprofissional são frequentes, e a comunicação adequada entre equipe e da equipe com outras áreas do hospital se faz um requisito imprescindível para a gestão apropriada dessa unidade. Portanto, falhas de comunicação podem ocorrer em diversos processos a que estão sujeitos os pacientes em UTI, podendo acarretar em eventos adversos de gravidade variável (Knobel, 2009).

Desse modo, perante dificuldades encontradas na UTI relacionadas a vários fatores (humano, técnico, estrutural), faz-se indispensável um estudo dos eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação durante os processos de gestão entre a equipe de saúde e a família/paciente em UTI, uma vez que os dados de literatura são escassos (Fernandes, Pulzi-Júnior, & Costa-Filho, 2010; Beccaria, Pereira, Contrin, & Trajano, 2009; Andrade, 2004).

Nessa perspectiva, estudar e entender os aspectos envolvidos na gênese de eventos adversos, como gerenciamento, controle e fatores de riscos, pode auxiliar os gestores na implantação de medidas preventivas, tratamento e cuidados eficientes (Branquinho & Silva, 2014).

O enfoque da qualidade dos serviços de saúde, em especial das instituições hospitalares, visa oferecer aos clientes serviços de melhor qualidade, com o propósito de melhorar a satisfação e, conseqüentemente, a segurança do paciente (Nascimento, Toffoletto, Gonçalves, Freitas, & Padilha, 2008).

“Segurança do paciente: uma aliança em prol de sistemas de saúde mais seguros.” É um programa especial da Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendado por sua

assembleia para coordenar, disseminar e acelerar com melhora a segurança do paciente no mundo (*World Health Organization* [WHO], 2009).

Segundo um relatório do *Institute of Medicine* (IOM, 2000), nos EUA, intitulado “*To err is human: building a safer health system*”, erros durante a assistência prestada à saúde ocorrem nos EUA em cerca de 10% dos pacientes internados. Esses autores citaram à época, uma estimativa por volta de 44 a 98 mil óbitos por ano relacionados a eventos adversos. Essa ocorrência é superior a mortes por câncer de mama, AIDS e morte por acidentes automobilísticos (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000; Leape & Berwick, 2005; Chang *et al.*, 2005).

Os erros são fatalmente encontrados no setor de saúde, mais especificamente relacionados aos cuidados prestados na saúde pelos seres humanos, que são falíveis (Silva & Cassiani, 2013). Neste contexto, as organizações de saúde estabelecem políticas e procedimentos específicos na divulgação dos incidentes e ações com envolvimento de gestores, usuários e profissionais da área em relação à segurança do paciente (Leitão *et al.*, 2013).

Os medicamentos que são usados com o intuito de cura da doença, alívio e combate a dor e/ou outros sintomas, podem ocasionar eventos adversos, assim como são citados na literatura os erros de medicações relacionado a falha humana direta, decorrente da falta de conhecimento, atenção, interesse e à pressa (B. Silva, J. Silva, Gobbo, & Miasso, 2007).

Na literatura é descrito que a comunicação entre profissionais e pacientes depende do tempo disponível do profissional de saúde, para que seja estabelecida alguma relação de comunicação (Caron & Silva, 2002). Essa comunicação acontece pela interação das pessoas umas com as outras. O ser humano usa a comunicação no seu cotidiano, compartilhando com outros seus princípios, ideias e pareceres. Perante esta partilha, o homem está se submetendo a receber aprovação e desaprovação do grupo, determinando segurança ou insatisfação no mesmo (Stefanelli, 1993).

As falhas da comunicação entre equipes de saúde em relação aos incidentes são citadas na literatura, porém as implicações do processo de gestão de comunicação dos incidentes carecem de estudos, e devem ser analisadas com profundidade, para que seja diagnosticado os

fatores que interferem na problemática e que sejam elencadas estratégias de ação para minimizar ou até mesmo evitar essas ocorrências (Gonçalves *et al.*, 2012).

A comunicação mostra-se fundamental no processo de investigação de eventos adversos no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (Caron & Silva, 2002). Este trabalho tem por objetivo estudar os incidentes que podem estar associados a falhas gerenciais de comunicação em Unidade de Terapia Intensiva.

1.1 QUESTÃO DE PESQUISA

É reconhecido o quão é complexo o ambiente de uma UTI, também quanto é estressante e crítica a comunicação entre os diversos atores que participam deste setor. Contudo, as informações referentes a incidentes relacionados à falha de comunicação precisam ser estudadas, assim como os processos causadores nela envolvidos (Fernandes, Pulzi-Júnior, & Costa-Filho, 2010). Logo, estudos mais aprofundados sobre o assunto tornam-se essenciais para que medidas de prevenção e de redução de danos sejam identificadas e implantadas.

Surge então a questão de pesquisa a qual o estudo pretende responder: **Quais incidentes de segurança do paciente em UTI poderão estar relacionados a falhas dos processos gerenciais de comunicação?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

O objetivo principal deste estudo é detectar incidentes de segurança do paciente que podem estar associados a falhas gerenciais de comunicação em pacientes em UTI.

1.2.2 Específicos

O presente estudo tem como objetivos secundários:

- Identificar quantos e quais os incidentes de segurança em pacientes em UTI;
- Identificar a relação entre os atores envolvidos no processo de gestão da segurança do paciente em UTI;
- Identificar se há registro de incidentes de segurança associados a falhas de comunicação em pacientes internados em UTI;
- Desenvolver um instrumento facilitador que auxilie nos processos de gestão de incidentes na UTI.

1.3 ESTRUTURAS DO TRABALHO

A estrutura da dissertação está disposta em cinco capítulos. O capítulo dois é composto pela revisão teórica sobre os principais polos teóricos relacionados ao trabalho, processo de gestão em Unidade de Terapia Intensiva, segurança do paciente e comunicação. No capítulo três é descrita a metodologia usada na pesquisa. No capítulo quatro é apresentada a exposição dos resultados encontrados acompanhada da discussão pertinente. Finalmente, no capítulo cinco foram exploradas as conclusões da pesquisa com embasamento teórico e o fornecimento de instrumento facilitador que possa contribuir para a melhoria nos processos de gestão de incidentes na UTI.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSOS DE GESTÃO EM UTI

O processo de gestão envolve atividades coordenadas para dirigir e controlar uma organização. O gerenciamento é desencadeado a partir da implementação de rotinas, orçamento, treinamento, inovação, mudança e persistência visando qualidade (Fernandes, Pulzi-Júnior, & Costa-Filho, 2010).

Os fatores que interferem no ambiente interno e externo de uma instituição de saúde estão relacionados aos pontos fortes e fracos associados à estrutura, aos recursos humanos, ao processo de informação, à educação continuada, ao processo gerencial, entre outros. Dentre os pontos fortes, podemos destacar: comprometimento da diretoria nos distintos projetos, capacitação de gestores e líderes por meio de treinamento específico, comprometimento de profissionais na assistência, existência de heliponto para emergências, UTI moderna e especializada, serviço de hemodinâmica 24 horas, capacidade de atender cirurgias de alta complexidade, *call center* com alta capacidade de atendimento e comunicação. Já entre os pontos fracos temos: ineficiência dos canais de comunicação entre as áreas e a gestão, pouca oferta de oportunidades de aperfeiçoamento, áreas com necessidade de reformas, custos hospitalares elevados, número insuficiente de colaboradores nas áreas de emergência (Santos, 2007).

Em relação aos pontos fortes associados aos processos internos, são citados: a gestão participativa e transparente, estímulo ao trabalho em equipe e visão sistêmica compartilhada, tomada de decisão acompanhada de identificação, aplicação e controle de indicadores de resultados, manuais e normas de rotinas em todas as áreas, comitê de supervisão de enfermagem, gestão baseada em objetivos estratégicos. Dentre os pontos fracos, temos: falha na padronização documental, práticas institucionais obsoletas e desatualizadas (Santos, 2007).

Os pontos fortes e fracos relacionados às informações são: bancos de dados com informações de todas as áreas de atendimentos, treinamentos das áreas administrativa e assistencial visando capacitação, cadastro de pesquisas científicas realizadas na instituição, acesso a todos os indicadores da instituição, reuniões científicas, seminários e simpósios,

curso de especialização a todas as especialidades, comissões de óbito, mortalidade materna, prontuários, ética, doação e transplante de órgãos, inexistência de setor direcionado a estudo e pesquisa (Santos, 2007).

O planejamento não é considerado uma atividade que teve início nos dias atuais. Na realidade, o planejamento surgiu decorrente do processo de decisão do ser humano, e esse processo começou quando o homem principiou a pensar. No decorrer do tempo esta atividade tem sido aperfeiçoada continuamente. Em se tratando de planejamento estratégico é fundamental a constituição de algumas partes integrantes: processo decisório, definição de prioridades, de riscos, de escolhas e de integração. Sendo que na integração a prioridade é buscar a contínua relação no ambiente a qual está inserida, proporcionando simultaneamente robustez e flexibilidade. São fundamentais no planejamento as abordagens e ênfases da administração (Moyses, Kestelman, Becker, & Torres, 2010).

O planejamento de uma organização de saúde e a busca dos seus objetivos exigem que os gestores envolvidos no processo tenham conhecimento em relação aos cenários, capacidade e recursos para avaliá-los, sensibilidade para detectar os fatores significativos e suas relações. A partir desse momento estarão aptos a qualificar pontos fortes e fracos da organização, visando qualidade do serviço (Moyses *et al.*, 2010).

Dessa forma, o fato de a qualidade ser avaliada, com frequência, por meio de características subjetivas, este atributo faz com que as pessoas e as coisas sejam distinguíveis entre si, podendo até ser definido como o que determina a natureza das coisas. Portanto, qualidade sendo um conceito abstrato pode sofrer influência de variáveis de tempo, tecnologia, cultura, costumes e comportamentos (Rodrigues, Carâp, El-Warrak, & Resende, 2011).

Na gestão de qualidade em saúde, efetividade, eficiência e acesso à assistência são atributos relevantes no sistema de saúde (Pedrosa & Couto, 2007). Dentre as ferramentas que podem ser usadas para aplicação na gestão de qualidade e avaliação de processo periódico, destaca-se a ferramenta PDCA (“*plan – do – check – act*”), que desenvolve etapas de planejamento e de melhorias de um processo (Deming, 1990) (Figura 1).

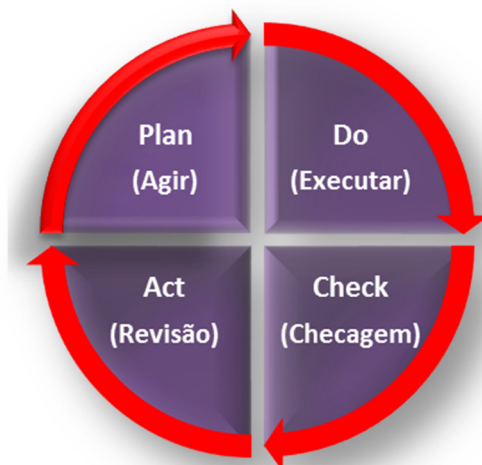


Figura 1 – Modelo do ciclo PDCA
Fonte: Deming, 1999.

O ciclo PDCA é um dos instrumentos utilizados para avaliação interna. O modelo de avaliação externa é formado por vários profissionais que estabelecem um padrão a ser seguido, com intuito de atingir o melhor desempenho de gestão (Deming, 1990).

Com a busca pela eficiência e competitividade no ambiente da saúde, notadamente no setor hospitalar, várias estratégias têm sido empregadas como a acreditação hospitalar, que se caracteriza com visitas realizadas por profissionais preparados, que avaliam, orientam e cobram o serviço de melhor qualidade, nas diferentes áreas de serviço de saúde (Rodrigues, Carâp, El-Warrak, & Resende, 2011). Há diversas agências certificadoras de qualidade no Brasil. Inicialmente, há uma avaliação pela instituição acreditadora e, uma vez concedida o selo de qualidade, periodicamente o hospital é reavaliado com o objetivo de se verificar se os projetos de melhoria continuada vêm sendo implantados e como estão sendo realizados. Há diferentes prêmios e certificações de qualidade que contribuem para a melhoria dos processos, produtos e serviços (Rodrigues, Carâp, El-Warrak, & Resende, 2011).

Para que hospitais brasileiros que tenham interesse em melhoria do serviço com finalidade de planejar ações futuras visando melhoria de qualidade de serviço e proceder a avaliação das instituições conforme nível de complexidade e de excelência em qualidade, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) disponibiliza material didático específico sob a forma de manual (Rodrigues, 2009).

Internacionalmente, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), organização de acreditação de saúde norte-americana, criou em 1999 uma vertente

fora dos EUA, a *Joint Commission International* (JCI). A partir desse marco, a JCI passou a acreditar prestadoras de serviços de saúde em muitos países; o Hospital Albert Einstein em São Paulo foi a primeira instituição a ser acreditada no Brasil no ano de 1999. A JCI tem como objetivo definir padrões e sua forma de avaliação, como também sua participação da avaliação no local (Rodrigues, Carâp, El-Warrak, & Resende, 2011).

Referente às fontes de acreditação considera-se as diferenças em determinadas unidades que devem ser analisadas. Por exemplo, em uma UTI a visão está baseada na prática das evidências, na execução e no controle dos protocolos, na prevenção de incidentes de segurança, prevenção de infecção hospitalar, entre outros (Fernandes, Pulzi-Júnior, & Costa-Filho, 2010).

Os mecanismos de gestão constituem um tema central da problemática dos serviços de saúde, da maneira como cada gestor se organiza para gerar qualidade nos serviços de saúde e diminuir custos desses serviços (Silva *et al.*, 2008).

O processo de gestão utilizado pela UTI precisa ser sistematizado, visando valorização de recursos humanos, e a qualidade na assistência voltada ao paciente com foco nos resultados positivos, assim como a valorização das pessoas, a visão estratégica, o treinamento contínuo e o envolvimento de gestores (Oliveira, 2009).

Além disso, a qualidade começa a ser um diferencial competitivo e um fator importante para o sucesso financeiro das organizações de saúde. Assim, como na área de prestação de serviços, os sistemas de qualidades se tornaram rotina, e com isso o consumidor tem se apresentado mais exigente na avaliação desses serviços (Rodrigues, Carâp, El-Warrak, & Resende, 2011).

O enfoque sobre o serviço de saúde de qualidade tem prioridade no conhecimento, inovação e execução de estratégia. Os grandes desafios na gestão do sistema de saúde estão relacionados à qualidade de atendimento, com controle e redução de custos; logo, muitas vezes esses serviços podem não estar vinculados à excelência na assistência ao paciente (Silva & Cassiani, 2013). Assim sendo, o cuidado prestado ao cliente/paciente é complexo, e os profissionais da saúde devem dispor de conhecimento técnico-científico, conhecer normas, rotinas e protocolos da instituição de saúde, juntamente com os procedimentos e manuseio de

aparelhos, e compreender profundamente a cultura organizacional da instituição de saúde onde está inserido (Fassini & Veronice, 2012).

A organização hospitalar é uma das mais complexas unidades de trabalho dos serviços de saúde, formado por um centro composto de profissionais com diferentes competências e qualificações. Nessas instituições há grande circulação de pessoas, pacientes não internados, visitantes e profissionais para prevenção e manutenção de equipamentos e serviços. Ao mesmo tempo há circulação de profissionais e de pacientes internados. Há equipamentos de complexidade variável e com requisitos diferentes e, alguns, de difícil manuseio. Os procedimentos a serem realizados devem ter todas as condições contempladas. Profissionais com experiência para as atividades especificadas na missão de cada hospital devem ser contratados, treinados e possuir capacitação suficiente para que o hospital tenha condições de funcionamento com segurança e respeite os requisitos legais vigentes. Os gestores avaliam as unidades hospitalares como complexas, decorrente da multidisciplinaridade dos profissionais que as administram, atuam e divergem dos objetivos comuns (Coelho, Nascimento, Silva, & Rodrigues, 2012).

Outro aspecto a ser considerado no processo de gestão hospitalar refere-se aos custos pertinentes à gestão da Unidade de Terapia Intensiva, que aumentam progressivamente desde os primórdios da década de 1970. Nos EUA, em 2005, foi feita uma estimativa de US\$ 81,7 bilhões de dólares relacionados à saúde, contabilizando 13,4% dos custos hospitalares, 4,1% dos gastos totais em saúde e 0,66% do produto interno do país (Hapem & Pastores, 2010).

Alguns estudos e conceitos para controle de custos em UTI incluem tratamento e cuidados de pacientes em outras áreas, imposição de protocolos e pacotes de tratamento. Esses programas apresentaram alguns benefícios, mas geraram gastos não esperados (Hapem & Pastores, 2010).

Os gestores do serviço de saúde procuram alcançar o equilíbrio econômico-financeiro no momento que recuperam os custos para atingir a maximização dos resultados. Já a equipe multiprofissional busca oferecer a melhor assistência do serviço, independentemente de valores gastos no serviço de saúde (Borba, Lisboa, & Uilhõa, 2009).

Sendo que a personalidade de uma instituição é a sua cultura organizacional, ela se manifesta nas suas decisões, nas políticas desenvolvidas, na maneira de como seus integrantes

se comportam perante tomadas de decisões e entre si, de que maneira os trabalhos são desencadeados e organizados. Ainda numa cultura organizacional, a administração estratégica é contemplada com a elaboração de planos de contingências com sucessivas etapas e com o controle das ações contidas neste plano (Moyses *et al.*, 2010). Podemos citar abordagens significativas da administração estratégica de acordo com a Figura 2.

Abordagem	Ênfase
Planejamento financeiro	Cumprir orçamento
Planejamento de longo prazo	Projetar o futuro
Planejamento estratégico	Definir estratégia
Gestão estratégica	Determinar o futuro

Figura 2 – Abordagem e ênfase da administração estratégica
Fonte: Moyses, Kestelman, Becker e Torres (2010, p. 35).

Estratégia pode ser representada como a arte de enxergar uma nova e melhor posição para uma organização de saúde, como também aplicar o poder empresarial com o intuito de chegar aos objetivos que estão estabelecidos, apesar das dificuldades existentes (Moyses *et al.*, 2010).

Em relação às partes interessadas (*stakeholders*) nas organizações de saúde, é sabido que são eles que se coligam em diferentes relações, sendo eles o público que representa as pessoas e as instituições, que impacta ou é impactado pelas organizações de forma isolada ou agrupada (Moyses *et al.*, 2010).

2.1.1 Processos de Administração de Medicamentos

A administração de medicamentos em uma unidade hospitalar é um sistema complexo, com vários processos interligados e interdependentes, do qual vários profissionais da área de saúde fazem parte do cenário – tais como médicos, farmacêuticos, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros – e compartilham de um objetivo comum, que é a prestação da assistência aos pacientes com qualidade, eficácia e segurança (Coelho, Nascimento, Silva, & Rodrigues, 2012).

De acordo com a *Joint Commission* (JC), o manejo do sistema de medicação divide-se em cinco processos: seleção e obtenção do medicamento, prescrição, preparo e dispensação, administração de medicamentos e monitoramento do paciente em relação aos efeitos do medicamento; porém, a quantidade do medicamento e os tipos de processos envolvidos variam de uma unidade hospitalar para a outra (Rodrigues, 2009).

Estudos realizados ao longo dos últimos anos mostram evidências da presença de erros de medicação notadamente no ambiente hospitalar (Gallotti, 2003). As causas desses erros podem estar relacionadas a: fatores individuais como falta de atenção, formação acadêmica deficiente, falta de experiência, entre outras; falhas no sistema, como: problemas no ambiente (iluminação, nível de ruído, interrupções frequentes); falha ou falta no treinamento, dimensionamento de profissionais, carga horária, falha na comunicação, ausência de protocolos assistenciais problemas nas políticas e procedimentos ou mesmo produtos inadequados utilizados na medicação do paciente (Silva *et al.*, 2008). Esses erros representam uma triste realidade da assistência à saúde e com sérias consequências para pacientes, profissionais e organização hospitalar (Gandhi, Seger, & Bates, 2000).

Pacientes que permanecem internados em UTI têm maior vulnerabilidade a sofrerem incidentes, decorrente da complexidade do ambiente, da carga horária de servidores, da quantidade de medicações e de procedimentos realizados, acontecendo muitas vezes ao mesmo tempo (Leape & Berwick, 2005).

Tendo em vista esses aspectos, e considerando os estudos realizados a partir da década de 1990 que quebraram paradigmas, se concluiu que não basta o medicamento ser seguro, mas que deve-se manter e garantir a segurança de todo o seu processo. Atualmente, há ainda diversos hospitais brasileiros que não conseguem lidar adequadamente com os erros de medicações. A complexidade desse processo é evidenciada pelo número de medicamentos administrados em instituições hospitalares, pela maneira de como estão sendo desenvolvidos os processos para controle e segurança na administração de medicamentos, como os profissionais estão executando as suas atividades, pela observação das falhas no sistema e pelas propostas de prevenção que priorizam a segurança do paciente (Cassiani, Freire & Gimenes, 2003; Branquinho & Silva, 2014; Amaral & Rubinfeld, 2009).

2.1.2 Processos de Agendamento de Exames Complementares

Exames complementares são aqueles que são solicitados com o propósito de obter as informações necessárias para a realização do diagnóstico, de uma situação de saúde ou de uma doença. Esses exames podem ser classificados em: exames de imagem (raios-X, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, medicina nuclear, ecocardiograma, mamografia, angiografia, mapeamento ósseo, ecodoppler, entre outros); outros exames diagnósticos comumente realizados são: endoscopia digestiva alta, colonoscopia, prova de função pulmonar, eletroencefalograma; exames laboratoriais (bioquímica: sódio, potássio, ureia, creatinina, hemograma, glicemia, colesterol, enzimas hepáticas, dentre outros). Há exames laboratoriais que envolvem culturas de diferentes materiais como hemoculturas, uroculturas, cultura de secreções, cultura de escarro, fezes, secreções de drenos e de feridas. Alguns desses exames, como os laboratoriais, em sua maioria, não precisam de agendamento quando realizado em pacientes internados. Porém, há exames que para serem realizados dependem de agendamentos, de preparo especial, alguns necessitam de jejum, de suspensão de ingestão de determinados alimentos, de suspensão de uso de medicamentos, enfim, de informações adicionais que podem permitir a realização, a postergação ou mesmo a contraindicação. Essas informações são comunicadas entre o pessoal de enfermagem da unidade solicitante e a executante, que deve considerar os dados obtidos através do histórico do paciente e do exame físico, sabendo exatamente o que se pretende obter e conhecendo corretamente o valor e limitações do exame solicitado (Machado, Silva, Argente & Moritz, 2006).

As características dos pacientes internados em UTI fazem com que sejam submetidos a exames complementares diariamente, muitos em regime de urgência. Com a evolução médica-tecnológica, cada vez mais exames complementares são pedidos para pacientes, em especial em UTI. Consequentemente, é imperioso destacar o papel da comunicação entre equipes e das equipes da UTI e as outras áreas do hospital, bem como entre o paciente/familiar e a equipe multiprofissional, para que esses exames possam ser feitos com segurança. Essa demanda crescente por recursos diagnósticos na UTI tem sido objeto de análise; alguns trabalhos mostram que em alguns hospitais há excesso de solicitação desses exames e, assim, aumento de custo desnecessário para o serviço de saúde (Machado, Silva, Argente & Moritz, 2006).

2.1.3 Processos de Controle Nutricional

O processo nutricional pode ser definido como aquele em que os indivíduos separam, ingerem, digerem e metabolizam os alimentos; em que acontece a absorção dos nutrientes, excreção dos metabólicos, produzindo energia necessária e calor, transformando-os em seu próprio corpo. Dessa maneira, o processo nutricional possibilitará a manutenção da vida e a realização de potencialidades (Nunes, Koberba, Alves, Abrahão & Correia, 2011).

O suporte nutricional do paciente crítico é de difícil manejo dentro da UTI. O envolvimento e a conscientização dos profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar é um grande desafio. Pesquisas relacionadas à desnutrição e à evolução do paciente crítico por várias décadas foram consideradas fatores que estariam atribuídos à gravidade do paciente e não a causa da desnutrição. Desse modo, ignorar a desnutrição do paciente crítico pode trazer complicações e riscos desnecessários aos pacientes (Carvalho, 2013).

Considerando-se que os riscos nutricionais dentro de uma UTI correspondem à gravidade de um incidente de segurança à saúde do paciente, detectar riscos no cuidado, determinar as causas fundamentais desses riscos e propor medidas preventivas, em relação aos incidentes associados aos suportes nutricionais, são medidas de relevância (Carvalho, 2013).

2.1.4 Estruturas da UTI

A UTI é um setor dentro do hospital que deve ter uma área distinta, com capacidade de 6% a 10% do total de leitos existentes no hospital. Em relação à planta física, deve ter de 9 a 10 m² por leito, a iluminação deve ser adequada, com um gerador próprio, as paredes devem ser feitas com material lavável e devem permitir a visualização permanente dos pacientes (Ministério da Saúde [MS], 2013).

O número de leitos de uma UTI é de no mínimo cinco, podendo chegar a cem ou mais leitos. A disposição desses leitos deve ser feita em área comum ou em leitos individualizados, entretanto a observação contínua dos leitos deve existir (MS, 1998).

As dimensões de uma UTI devem levar em consideração a equipe multidisciplinar envolvida dentro da unidade, os equipamentos e o mobiliário que estão sendo utilizados. É fundamental a presença de profissionais qualificados, pois fatores de risco como pacientes

infectados, os alarmes sonoros dos monitores, o sofrimento de pacientes e os conflitos interpessoais dos profissionais do setor geram uma rotina de estresse continuado (Gomes & Souza, 2003). Além do estresse, limitações de fluxos e de espaços de trabalho podem colocar uma pressão adicional na equipe da UTI e desviar a atenção de seu foco primário: o paciente. Presença de cabos de conexão aglomerados, interface com o usuário inconsciente, conceitos operacionais, equipamentos importados com manuais em língua estrangeira e acessórios podem ser uma fonte potencial de erro humano, enquanto que o acesso inadequado às informações pode retardar decisões clínicas importantes (Gomes & Souza, 2003).

A contínua observação é realizada com uso de diversos instrumentos tecnológicos e humanos. Dos tecnológicos, destacam-se os equipamentos de monitorização contínua, com alarmes visuais e sonoros. Dentre os instrumentos humanos temos as visitas médicas, de enfermagem, psicologia, nutrição e de fisioterapia, que, ao término do turno ou em qualquer situação de alteração de necessidade do paciente, comunica-se entre si e com outros atores envolvidos nesses processos (Canineu *et al.*, 2006).

Quanto ao número necessário de leitos hospitalares de UTI, está em vigor uma publicação de 2002, a Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, que definiu os parâmetros de leitos hospitalares da seguinte forma: calcula-se que os leitos hospitalares devem ter no mínimo 2,5 leitos/1.000 habitantes, e no máximo 3 leitos/1.000 habitantes; já para os leitos de UTI, deve ser respeitado o mínimo de 4% dos leitos hospitalares e com o máximo de 10% do total dos leitos hospitalares. Ocorre que nesses últimos doze anos houve avanços médicos consideráveis e o impacto sobre as internações hospitalares e sobre cuidados intensivos não foi redimensionado, sendo frequentes as notícias na mídia brasileira sobre falta de leitos e em especial sobre falta de leitos de UTI (Brasil, 2002).

Os recursos físicos de uma UTI devem ser seguidos de acordo com a RDC nº 307 de 14 de dezembro de 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Os recursos materiais (equipamentos) que devem constar em uma UTI são os seguintes (Figura 3):

Material	Quantidade exigida
Carrinho de emergência	01/15 leitos
Cama com grades laterais e com rodízios	01/leito
Maca para transporte com cilindro de oxigênio	01
Monitor à beira leito com visor	01/leito
Respirador pulmonar tipo <i>blender</i>	01/leito
Equipamento para ventilação pulmonar não invasiva	01/08 leitos
Máscara de Venturi que possibilite diferentes concentrações de oxigênio	01/08 leitos/fração
Oxímetro de pulso	01/02 leitos/fração
Bomba de infusão	01/02 leitos/fração
Conjunto para nebulização contínua e máscara	01/leito/fração
Conjunto padronizado de beira de leito	01 termômetro; 01 esfigmomanômetro; 01 estetoscópio; 01 ambú com máscara (respirador manual).
Bandeja para procedimento	Punção venosa, diálise peritoneal, drenagem torácica, drenagem de peritônio, punção lombar, punção pericárdica, curativos, traqueostomia, acesso venoso profundo, sondagem vesical, sondagem nasoenteral e nasogástrica.
Marca-passo, eletrodos e gerador disponível no hospital	
Eletrocardiógrafo portátil, aspirador portátil, oftalmoscópio, otoscópio	01 de cada
Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão	01/leito
Pontos de vácuo	01/leito
Cilindro de oxigênio e ar comprimido	Disponível no hospital

Figura 3 – Equipamentos obrigatórios em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil

Fonte: Portaria GM/MS nº 466 (1998).

Considerando ainda os recursos assistenciais na estrutura hospitalar, destacamos um serviço de laboratório de análises clínicas com hemogasometria com funcionamento diuturno 24 horas; agência transfusional com serviço ininterrupto; ultrassonografia; ecodopplercardiografia; laboratório de microbiologia; terapia renal substitutiva; serviço

social; serviço de suporte nutricional; exames radiológicos convencionais à beira do leito (RX móvel), etc.

Dentre os recursos assistenciais disponíveis por acesso formalizados como as interconsultas para outros serviços temos: cardiologia cardiovascular; broncoscopia; eletroencefalografia; cardiologia intervencionista; tomografia computadorizada e anatomia patológica, entre outros.

Neste âmbito, o estudo dos incidentes relacionados às falhas de comunicação entre equipes e entre familiar/paciente pode possibilitar o conhecimento de falhas relevantes nas diversas etapas do cuidado à saúde e dos custos decorrentes destes erros.

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Quando se trata de instituições de saúde, a segurança é um dos complementos na estruturação da garantia de qualidade, e as ações sistemáticas importantes para garantir que os serviços desenvolvidos estejam acompanhando os padrões de qualidade propostos. Esse gerenciamento é sustentado de acordo com a tríade: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1974), em que são demarcados os indicadores de qualidade. Decorrente da implantação desses indicadores, o resultado das ações está relacionado ao monitoramento e à melhoria contínua dos serviços.

Geralmente, os incidentes estão relacionados com a qualidade do serviço de saúde, fatores que contribuem na probabilidade de dano ao paciente (ANVISA, 2010).

Os incidentes são definidos 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 (OMS, 2009).

A ocorrência de incidentes de segurança do paciente está associada a diversos fatores contribuintes, que são as circunstâncias, ações ou influências, que desempenharam um papel importante no seu aparecimento, ampliando chances de causar o dano (ANVISA, 2010), como mostra a (Figura 4).

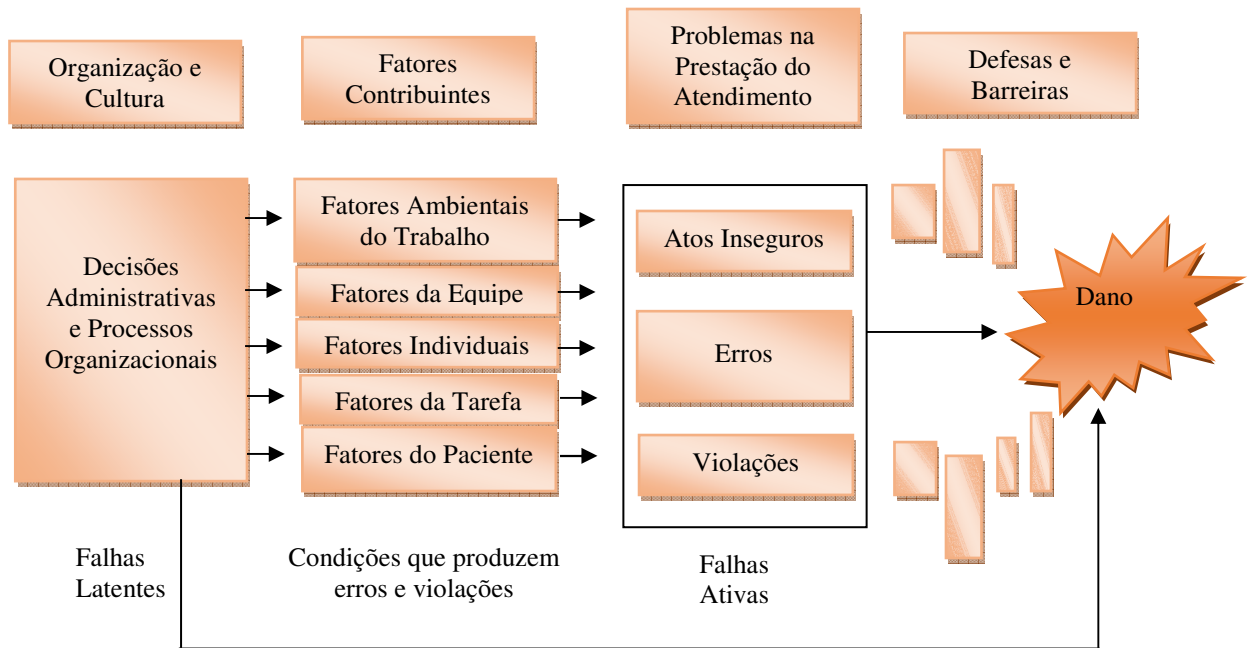


Figura 4 – Esquemática dos fatores contribuintes para a gestão da segurança do paciente
 Fonte: Rede Nacional de Investigação de Surto e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS, 2013).

Nos serviços de saúde os três elementos – externo, humano e operativo – podem ocorrer concomitantemente (Figura 5), sendo considerada a tríade de fatores que contribuem para os incidentes de segurança em um serviço de saúde (ANVISA, 2010).

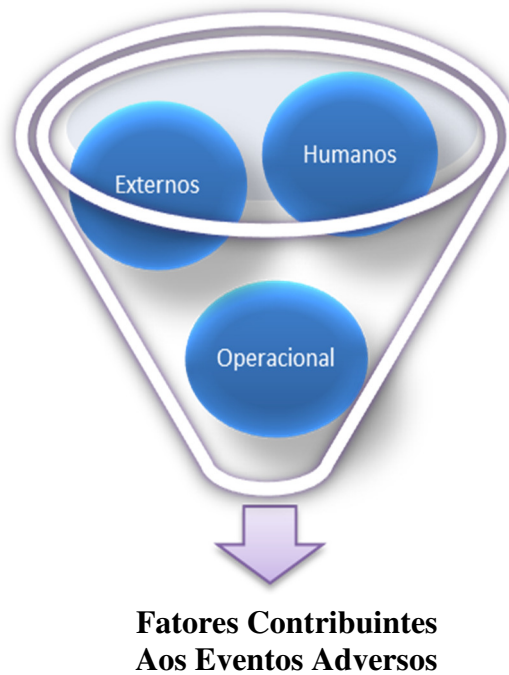


Figura 5 – Esquemática dos fatores contribuintes para a gestão da segurança do paciente
 Fonte: Rede Nacional de Investigação de Surto e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS, 2013).

Os fatores humanos estão refletidos no comportamento, no desempenho e na comunicação entre os profissionais de saúde e no relacionamento da equipe, além dos componentes individuais de cada profissional, dos pacientes e da própria doença. Os fatores do sistema operacional estão relacionados ao ambiente em torno do trabalho, assim como a preocupação com a segurança do paciente; já os fatores externos, que fogem do controle da organização, como o meio ambiente e as políticas legislativas, são considerados fatores contribuintes para os prováveis eventos adversos (WHO, 2009).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente destaca a necessidade de desenvolver diferentes tipos de investigação para melhorar a segurança do paciente e prevenir os possíveis danos, em um ciclo de investigação que compreende: 1- Determinar a magnitude do dano, o número e tipos de incidentes que prejudicam os pacientes; 2- Entender as causas fundamentais dos danos ocasionados aos pacientes; 3- Identificar soluções para alcançar uma atenção à saúde mais segura; 4- Avaliar o impacto das soluções em situações da vida real (WHO, 2009).

Constatam-se na literatura diversas publicações que abordam a temática da segurança do paciente, e poucas são identificadas com questões relacionadas a políticas de qualidade em saúde (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000; Cassiani, Freire & Gimenes, 2003; Chang *et al.*, 2005; Novaretti, Quitério & Gallotti, 2014); contudo, a qualidade em saúde é definida como o grau em que os serviços prestados ao usuário diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis de acordo com o conhecimento científico corrente (Porto, Martins, Mendes & Travassos, 2010). Os resultados desfavoráveis são os incidentes com danos, que podem acontecer em vários cenários das instituições de saúde. Dados da literatura estimam que 10% dos pacientes internados em hospitais sofram incidentes com danos evitáveis (WHO, 2009). Além dos danos e prejuízos causados aos pacientes e familiares, os incidentes apresentam um custo financeiro significativo para os sistemas de saúde (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Na Europa, estudos relacionados ao serviço hospitalar revelaram que um em cada dez pacientes internados são vítimas de incidentes em decorrência de cuidados recebidos nesses serviços e que de 50 a 60% desses incidentes com danos poderiam ser evitados (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Segundo Moura & Mendes (2012), a ocorrência de incidentes com danos no Brasil foi estimada em 7,6%. Esses autores verificaram que, do total de incidentes com danos, 67%

foram classificados como evitáveis. Os incidentes com danos com maior frequência foram os relacionados à cirurgia e, em seguida, aos procedimentos clínicos.

No Brasil, há algumas décadas vem sendo normatizadas ações da vigilância sanitária para o uso seguro de tecnologias em saúde, e para práticas seguras de cuidado, necessitando de esforços de integração e articulação dessas ações, para o propósito de aumentar a segurança no sistema de saúde (ANVISA, 2010).

A ANVISA é o órgão do governo que, por meio da RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010, atua na segurança do paciente, expondo a preocupação com a segurança do paciente, citando:

Art. 33: Deve ser realizado gerenciamento dos riscos inerentes às atividades realizadas na unidade, bem como aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária.

Art. 34: O estabelecimento de saúde deve buscar a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a:

I - procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente;

II - medicamentos e insumos farmacêuticos;

III - produtos para saúde, incluindo equipamentos;

IV - uso de sangue e hemocomponentes;

V - saneantes;

VI - outros produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária utilizados na unidade.

Art. 35: Na monitorização e no gerenciamento de risco, a equipe da UTI deve:

I - definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade;

II - coletar, analisar, estabelecer ações corretivas e notificar eventos adversos e queixas técnicas, conforme determinado pelo órgão sanitário competente.

Art. 36: Os eventos adversos relacionados aos itens dispostos no Art. 35 desta RDC devem ser notificados à gerência de risco ou outro setor definido pela instituição, de acordo com as normas institucionais (ANVISA, 2010).

Os serviços de saúde, mais especificamente as unidades hospitalares, têm cada vez mais a preocupação com um atendimento de qualidade aos pacientes. Como isso, a segurança do paciente, por intermédio da gerência de risco, tem se destacado com medidas preventivas relacionadas à exposição de riscos, assim como aos danos ao paciente decorrentes dos cuidados prestados (Fassini & Veronice, 2012).

Ainda que os serviços de saúde apresentem falhas que dificultam na identificação de prevenção de acidentes com danos, os seres humanos cometem falhas, e conseqüentemente os erros são esperados, porém medidas de prevenção e orientação são relevantes no sistema de

saúde (Reis, Martins, & Laguardia, 2013). Essas falhas podem estar relacionadas às práticas desenvolvidas, aos produtos, aos processos e aos sistemas utilizados.

Segundo Tobias, Branquinho, Silva, & Bauer (2014), uma pesquisa revelou nitidamente o conhecimento sobre segurança do paciente e as atitudes profissionais frente à cultura organizacional: a falta de comunicação e de gerenciamento de risco, e do registro eletrônico eficaz, da carência de uma normatização para terminologias referentes aos eventos adversos, da preocupação da liderança com o crescimento institucional, com atitudes proativas frente ao erro e necessidade de capacitação no serviço.

A cultura de segurança nas instituições de saúde vem surgindo com o intuito essencial de evitar a ocorrência de incidentes, utilizando, por exemplo, os gerenciamentos de risco, em que os profissionais informam os erros, atuam de uma maneira proativa e estudam o ocorrido para prevenir outros incidentes (Tobias, Branquinho, Silva, & Bauer, 2014).

Nessa perspectiva, é fundamental que os serviços de saúde estabeleçam políticas e procedimentos direcionados para divulgação e relato dos eventos adversos. Baseado na necessidade de desenvolvimento de estratégias, ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde, foi instituído, em 1º de abril de 2013, o Programa Nacional da Segurança do Paciente. O objetivo deste programa é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os serviços de saúde do território nacional.

A assistência à saúde enfoca a união do conhecimento e das ações dos diferentes serviços, juntamente com uma variedade de profissionais. A existência de muitos profissionais dentro de um mesmo setor, com diferentes atividades, coloca as instituições e serviços de saúde como um espaço de grande risco de eventos adversos e incidentes (Paiva, Paiva, & Berti, 2010). Esse é o caso das Unidades de Terapia Intensiva, onde convivem médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, oficiais administrativos, técnicos de nutrição, copeiros, terapeuta ocupacional, profissionais da manutenção, equipes de interconsultas, servidores da limpeza, entre outros (Paiva *et al.*, 2010).

Como as Unidades de Terapia Intensiva são locais onde a permanência dos profissionais de saúde é longa, isso faz com que os conflitos e problemas sejam maiores, e o medo do paciente pelo ambiente estranho pode influir na comunicação entre paciente/responsável e

equipe e, conseqüentemente, ocasionar em risco potencial relacionado à segurança do paciente (Santos, 2007).

2.3 COMUNICAÇÃO

A comunicação é um processo de transmissão com o intuito de entendimento da informação. Ela está inserida no contexto social e é caracterizada pelo diálogo entre as pessoas; considerada como uma interface na troca de informações, realizando assim a mensagem transmitida. No caso de desinformação o processo de comunicação não aconteceu (Capitania, 2003).

A comunicação pode ser verbal e não verbal. Normalmente ocorrem juntas, principalmente no dia a dia entre as pessoas. São pelo menos três tipos de comunicação, sendo eles: a pessoa que cria a comunicação, a própria comunicação e a pessoa que recebe a comunicação. Quando a comunicação está relacionada à fala, refere-se ao orador, as palavras e o ouvinte. Na comunicação escrita a relação está no escritor, a peça escrita e o leitor. A comunicação verbal está além da linguagem falada (Mehrabian, 2009).

Logo, a comunicação não verbal envolve a tonalidade da voz, a expressão facial e o movimento corporal. Salientamos que a linguagem de sinais não é considerada comunicação não verbal porque está na categoria de linguagem visual. A cultura de um povo afeta a comunicação, variando de uma região para outra de um país (Mehrabian, 2009).

Na literatura a comunicação é identificada como uma ferramenta indispensável ao desempenho dos profissionais, mostrando que a informação deve chegar ao seu destino sem dúvidas, de maneira clara e concisa, tanto no que se refere aos profissionais envolvidos no processo, quanto ao paciente e seus familiares, garantindo assim a segurança em toda a trajetória referente à assistência (Andrade, 2004).

A comunicação é estratégia fundamental para um serviço de saúde humanizado, que consiste em observar o ser humano como único, com prioridades específicas, acelerando o processo de sua autonomia, facilitando a interação através do diálogo livre entre quem está sendo cuidado e o cuidador (Spink & Medrado, 1999).

Para que haja interação adequada, os profissionais de saúde devem lembrar-se que a comunicação envolve linguagem verbal e não verbal, ela se desenvolve além das palavras, acompanhada de gestos, expressões faciais, o distanciamento entre as pessoas, os movimentos do corpo, que podemos citar como exemplos relacionados à comunicação (Aragaki & Spink, 2009).

O conhecimento é construído na interação entre as pessoas, no discurso do cotidiano, na linguagem de ação, que são o modo que as pessoas produzem os sentidos e conseqüentemente se posicionam em relação às suas atitudes e/ou ações; dessa maneira, o que uma pessoa fala reflete em outra, sendo essa direcionada a outras pessoas que se interagem mutuamente (Aragaki & Spink, 2009). Esses mesmos autores referem um estudo realizado sobre reflexão, na disciplina de psicologia nos cursos de medicina, que aplicam as chamadas “práticas discursivas” (as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais do cotidiano).

Spink e Aragaki (2009) afirmam existir prioritariamente três sentidos na comunicação:

A capacidade de comunicação entre as pessoas; a possibilidade de ambos – médicos/as e pacientes – poderem se expressar e se entender. Desse modo, a dialogia também se faz presente como algo fundamental de ser considerado na educação médica, levando-se em conta o contexto histórico e social no qual se desenrolam as práticas sociais. O “psicológico” é ainda a capacidade de reconhecer os aspectos psicológicos do/a paciente, daqueles/as que precisam de atenção especializada (como no caso dos quadros psicóticos, depressivos etc.) e que necessitam ser encaminhados a outro/a profissional. Incluem-se, aqui, os diferentes repertórios interpretativos utilizados para nomear algo considerado psicológico e que necessita de atenção por parte do/a médico/a. Por outro lado, as questões os problemas psicológicos englobam as formas de expressão do ser humano, muitas vezes consideradas ameaçadoras pelos médicos, e que precisa ser diagnosticada e explicada, numa tentativa de controlar e afastar os sentimentos que podem ser despertados (Spink & Aragaki, 2009, p. 96).

Essas questões psicológicas podem ser incluídas para todos os profissionais da saúde que estão diretamente ligados ao processo do cuidar do outro dentro de uma UTI.

O desenvolvimento da comunicação na UTI é complexo, pois o próprio ambiente apresenta particularidades e concomitantemente direciona ações de cuidado ao paciente em estado crítico, em alguns momentos com risco de morte eminente (Ordahi, Padilha, & Souza, 2007). Nesse ambiente vivencia-se o problema relacionado ao desenvolvimento ineficaz da comunicação verbal entre a equipe de saúde e o paciente (Pinho & Santos, 2008). A equipe de

saúde precisa buscar alternativas que promovam uma adequada comunicação com os pacientes da UTI (Mota & França, 2010).

A comunicação juntamente com a humanização no ambiente hospitalar deve ser avaliada; logo, dentro de uma UTI, a presença de ruídos; o controle da iluminação; climatização; iluminação natural; divisória entre os leitos; relógios visíveis para todos os leitos; acompanhamento sistemático da equipe de psicologia; garantia de acesso livre aos parentes; garantia de visitas diárias programadas dos familiares; garantia de informação da evolução dos pacientes aos familiares, devem ser priorizados (Dornefeld & Pedro, 2011).

O processo de comunicação efetivo, adotado de maneira interdisciplinar, favorece uma linguagem única, podendo ser traduzida em uma assistência segura, evitando as informações imprecisas, das quais podem predispor a um evento adverso (Dornefeld & Pedro, 2011).

Os serviços de terapia intensiva são áreas reservadas dentro do sistema hospitalar destinada a pacientes críticos, que necessitam de atenção contínua e cuidados específicos e complexos. Um dos objetivos deste serviço é a centralização de recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes graves, que necessitam de assistência permanente e uso de recursos tecnológicos; nesses ambientes a comunicação entre as pessoas é fator primordial na prevenção de incidentes (Leite & Vila, 2005).

São consideradas algumas dificuldades para o processo de comunicação entre os profissionais e pacientes na UTI: o ritmo acelerado das tarefas que envolvem a equipe multiprofissional, a falta de relacionamento prévio com o doente e a impaciência das pessoas nesse ambiente (Pontes, Couto, Lara, & Santana, 2010). No entanto, a dificuldade da comunicação dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva é fato. A equipe deve atentar-se em relação aos cuidados prestados aos pacientes, sendo estes redobrados. A comunicação é um aspecto importante; uma vez que se tem um bom contato com o paciente crítico e seus familiares, a sensação de segurança e satisfação é percebida (Inaba, Silva, & Telles, 2005).

Um estudo realizado em um hospital na cidade de Porto Alegre revelou que a falta de comunicação entre médicos que atuam em UTI pode elevar a taxa de mortalidade dos pacientes. Foram acompanhados durante um ano e meio 792 pacientes, divididos em três grupos, conforme a frequência de comunicação entre os médicos. A taxa de mortalidade do grupo que se comunicava diariamente ficou em 13%, enquanto o grupo que se comunicava

raramente essa taxa dobrou, com 26% de mortes (C. Teixeira, T. Teixeira, Brodt, Oliveira, & Dexheimer-Neto, 2010).

Outro estudo conduzido por Beccaria, Pereira, Contrin e Trajano (2009), em relação à assistência de enfermagem, evidenciou a ocorrência de 550 eventos adversos durante dez meses em uma UTI, dentre os quais se destacaram falhas na administração de medicação, no monitoramento de bombas de infusão, manuseio incorreto de materiais e artefatos terapêuticos e diagnósticos, além de falhas nas anotações de enfermagem. Os autores citam ainda que essas falhas também têm relação com a dificuldade de comunicação entre equipe.

Uma pesquisa realizada para avaliar o entendimento de familiares em relação à comunicação com a equipe de UTI observou que parte destes familiares atendidos necessitavam de maior clareza nas informações, principalmente relacionado ao próprio ambiente de UTI, e também foi questionado sobre o tempo junto aos seus familiares e carência de apoio emocional (Marques, Silva, & Maia, 2009).

A equipe de enfermagem é identificada, pelos familiares, como mais próxima referência para apoiá-los, pois há maior proximidade e permanência ao lado do paciente; também foi observado que quando esses familiares são acolhidos, eles reconhecem o quanto a equipe se empenhou, as dificuldades que enfrentaram, e ficam agradecidos (Silva & Cassiani, 2004).

2.3.1 Constructos da Pesquisa

O constructo é uma variável ou conjunto de variáveis para resolver um problema científico, podendo ser definido como uma robusta operação que tenta mostrar o verdadeiro significado teórico de um determinado conceito (Martins & Theóphilo, 2009). O pesquisador na elaboração do constructo precisa identificar as variáveis observadas e mensuráveis que podem ser confrontadas com as variáveis teóricas (Martins & Theóphilo, 2009).

Segundo Yin (2001), um constructo validado está relacionado às medidas que foram operacionalizadas com as questões corretas perante os conceitos que foram estudados.

A síntese dos constructos da revisão da literatura está representada nas Figuras 6, 7, 8, e 9, onde são citados os resumos dos assuntos pesquisados e os autores consultados de acordo com cada fase da pesquisa.

Artigo	A Segurança do Paciente como a dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura
Autores	Reis, Martins e Laguardia (2013)
Resumo	A grande preocupação com a segurança do paciente é um assunto de muita relevância e estudo nos últimos anos. Pesquisadores do Brasil e do mundo estão envolvidos em estudos relacionados à importância da qualidade do cuidado de saúde. As pesquisas relacionadas nesse estudo mostram que a cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar é cada vez mais presente no meio científico. Uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras através das melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos.
Revista	<i>Revista Ciência Saúde Coletiva</i> , 18(7), 2029-2036.
Artigo	Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem
Autores	Fassini e Veronice (2012)
Resumo	A preocupação das instituições de saúde em relação à qualidade do atendimento ao cliente tem sido uma constante. Por meio do gerenciamento de riscos, a segurança do paciente tem sido evidenciada na implementação de medidas preventivas relacionadas à exposição aos riscos e danos aos clientes decorrentes da assistência à saúde. Esse estudo demonstrou que os profissionais identificam diversos riscos aos quais os pacientes estão expostos, e a partir disso adotam condutas padronizadas com o intuito de prevenir o dano. Tanto a identificação dos riscos quanto a notificação e as medidas tomadas fazem parte da rotina da instituição. A carga de trabalho excessiva e o dimensionamento de pessoal insuficiente foram mencionados pelos profissionais como riscos à segurança do paciente, trata-se de um aspecto a ser melhorado na instituição em estudo.
Revista	<i>Revista de Enfermagem da UFSM</i> , 2012, mai./ago., 2(2), 290-299.
Artigo	Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem
Autores	M. Paiva, S. Paiva e Berti (2010)
Resumo	Na promoção da segurança do paciente é de suma importância o sistema de informação conduzindo mudanças nos processos e nas estruturas do serviço.
Revista	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 44(2), 287-294.
Livro	Qualidade e Acreditação em Saúde
Autores	Rodrigues, Carâp, El-Warrak e Resende (2011)
Resumo	Qualidade é o que determina a natureza das coisas. A qualidade permite a avaliação, a aprovação, a aceitação ou a recusa de um bem ou serviço. Entretanto, qualidade é um conceito abstrato, que varia de acordo com os costumes, cultura, tecnologia e que varia de acordo com a época. Mais do que um processo, é vista como modelo organizacional, começando com os fornecedores e termina no cliente. Passou a ser vista como entidade que permeia toda a organização e que tende a consolidar a reputação da empresa com seus clientes e a melhorar o seu volume de vendas. É necessário inovar, prever as necessidades do consumidor, oferecer o melhor.
Artigo	Gestão em Terapia Intensiva: conceitos e inovações
Autores	Fernandes, Pulzi Jr. e Filho (2010)
Resumo	Esse estudo leva em consideração não só o ambiente do hospital, como o macroambiente em que esse está inserido. Os dados são importantes não só para a situação atual do setor, como também para a análise de eventual aumento do número de leitos e capacitação de profissionais para aumento de quadro, tendo sempre indicadores concretos de situação demográfica, econômica, jurídica e política antes de qualquer decisão estratégica final. Como também para a análise de eventual aumento do número de leitos e capacitação de profissionais para aumento de quadro.
Revista	<i>Revista Brasileira de Clínica Médica</i> , 2011 mar./abr., 9(2), 129-134.
Livro	Planejamento e gestão estratégia em organizações de saúde

Autores	Moyeses, Kestelman, Becker e Torres (2010)
Resumo	O sucesso da trajetória das estratégias das organizações de saúde, sejam públicas, sejam privadas, depende do nível de integração das suas ações específicas e de um controle no decorrer do tempo. Gestão estratégica é organizar, por meio de uma abordagem inovadora e criativa, uma estratégia competitiva atualizando os serviços de uma organização nos negócios atuais, ao mesmo tempo em que se constroem as competências essenciais necessárias para o sucesso dos negócios futuros. Antes da aplicação de qualquer metodologia é necessário que a organização de saúde desenvolva o diagnóstico situacional da organização de saúde, sendo um dos aspectos fundamentais do planejamento estratégico a customização. Sendo também importante a adaptação da metodologia à realidade de cada empresa. O início de tudo é compreender a organização de saúde para a implantação de um planejamento estratégico. Portanto, alguns fatores são importantes como informações iniciais para que se desenvolva o planejamento, tais como: as informações conjunturais, estruturais e de atuação da organização, os importantes fatos relevantes desde a fundação, e o registro da organização que será estudada.

Figura 6 – Processo de Gestão

Artigo	Guia da UTI Segura (2010-2011)
Autores	Réa, Castro, Knibel e Oliveira (2010)
Resumo	Estabelecer comunicação efetiva entre todos da equipe. A complexidade existente dentro de uma UTI propicia um campo fértil para distúrbios de comunicação dentro da própria unidade, entre os membros da mesma área ou de áreas diferentes, e fora da UTI, com as outras áreas e/ou unidades do hospital. Problemas de comunicação estão na raiz da maioria dos eventos sentinelas que ocorre dentro da UTI. A redução nos riscos está fortemente relacionada com uma eficiente comunicação e com a estreita colaboração entre as partes envolvidas nesse processo. Conhecer os eventos adversos é fundamental para buscar corrigir os problemas estruturais ou de processo que propiciem a repetição do erro. Uma boa comunicação facilita a atuação da equipe como um time, estabelece objetivos comuns a serem atingidos e auxilia na obtenção de cooperação do paciente e/ou de seus familiares.
Revista	<i>Guia da UTI Segura (GUTIS)</i>
Artigo	Qualidade em Terapia Intensiva
Autores	Fernandes, Pulzi Jr. e Filho (2010)
Resumo	Qualidade envolve não só o atendimento em si – com os protocolos, equipe multidisciplinar comprometida, inovação, tecnologia, segurança, efetividade, eficiência –, mas também uma gestão estratégica clara, que defina objetivos, possibilite o cumprimento de uma proposição de valores, um conjunto de benefícios para pacientes, que devem ser o foco central da missão da unidade de negócios, escolhas corretas baseadas em mercado interno e externo.
Revista	<i>Revista Brasileira de Clínica Médica</i> , 8, 37-45.

Figura 7 – Unidade de Terapia Intensiva

Artigo	Segurança ou insegurança do paciente internado: um estudo de caso
Autores	Gardona e Reis (2013)
Resumo	Baseado na literatura, os procedimentos assistenciais relacionados à saúde devem ter embasamento técnico-científico para evitar eventos adversos.
Revista	<i>Revista de Epidemiologia e Infectologia</i> , 3(3), 110-112
Artigo	Segurança na Terapia Medicamentosa: uma revisão bibliográfica
Autores	Melo e Silva (2008)
Resumo	Durante todo o tempo de história dos medicamentos, eles são usados com o intuito de cura da

	doença, alívio e combate a dor e/ou outros sintomas. Entretanto, estudos nesses últimos anos têm evidenciado erros relacionados a medicações, tratamentos, cuidados, recebidos pelos pacientes causando injúrias e casos que evoluem a óbito.
Revista	<i>Escola Anna Nery Revista de Enfermagem</i> , 2008 mar., 12(1), 166-172
Artigo	Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências
Autores	Silva e Cassiani (2004)
Resumo	Os erros são fatalmente encontrados no setor de saúde, mais especificamente relacionados aos cuidados prestados na saúde pelos seres humanos que são falíveis. Os autores relatam três estratégias para minimizar erros no preparo e na administração da medicação: cumprimento de políticas e procedimentos referentes ao preparo e administração; educação dos profissionais; e melhora da comunicação. As respostas sobre causas de erros relacionados à medicação apontaram a falta de atenção como a principal causa para erro de medicação, sendo citada em 27,6% dos relatos; seguida das falhas individuais, com 19,7%; excesso de trabalho e falta de tempo foi a terceira causa de erros ocorridos, com 14,5%; os problemas administrativos e os detectados na organização da unidade em estudo seguem como a quarta causa de erros de medicação. O estudo diz que os profissionais não mostram uma visão sistêmica do problema, mas sim individualizada, cabendo a cada profissional promover a segurança do paciente, uma vez que as falhas individuais apareceram como falhas do sistema.
Revista	<i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 2004 nov./dez., 57(6), 671-674
Artigo	Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em Unidade de Terapia Intensiva
Autores	Gonçalves <i>et al.</i> (2012)
Resumo	No setor de saúde a segurança do paciente é considerada um dos fatores instigantes no sentido de avaliar qualidade em um sistema de saúde. No mundo ocorrem 44.000 a 98.000 mortes ao ano decorrentes de incidentes e de eventos adversos com ocorrências que poderiam ser prevenidas. Os eventos adversos por definição são injúrias não intencionais, sem relação a evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (Gallotti, 2002). Os incidentes são complicações relacionadas ao cuidado à saúde que não acarretam lesões mensuráveis ou prolongamento de internação (Chang <i>et al.</i> , 2005).
Revista	<i>Revista Escola de Enfermagem da USP</i> , 2012, 46(Esp.), 71-77
Artigo	Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem
Autores	B. Silva, J. Silva, Gobbo e Miasso (2007)
Resumo	Uma das razões mais comum citadas na literatura relacionadas aos erros de medicações é a falha humana diretamente relacionada com a falta de conhecimento, atenção, interesse e a pressa. A autora concluiu que a necessidade de notificação de erros na medicação para que se verifiquem suas causas, índices e consequências por parte das instituições, uma vez que as taxas de erros na medicação representam matéria-prima para inúmeras investigações e constituem-se em indicadores para a melhoria do sistema hospitalar e da qualidade da assistência.
Revista	<i>Revista Eletrônica de Enfermagem</i> , 2007, 9, 712-723

Figura 8 – Segurança do Paciente

Artigo	Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais
Autores	Leitão <i>et al.</i> (2013)
Resumo	As organizações de saúde devem estabelecer políticas e procedimentos específicos na divulgação dos eventos adversos. Ações com envolvimento de gestores, usuários e profissionais da saúde em relação a segurança do paciente. Neste estudo os pesquisadores relatam a ausência de registros no prontuário, enquanto instrumento de comunicação, pode repercutir em diversas consequências indesejáveis. Dentre estas, o comprometimento da

	qualidade da assistência relacionada à própria ocorrência de eventos adversos, na medida em que é através do prontuário que se obtém as informações necessárias para o atendimento do paciente.
Revista	<i>Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste</i> , 2013, 14(6), 1073-1083.
Artigo	Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para qualidade do cuidado?
Autores	Matsuda, Silva, Évora e Coimbra (2006)
Resumo	Registros ou anotações de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao paciente e aos seus cuidados. Os registros são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano visto que, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente. Neste trabalho os autores observaram que a presença de termos generalizados/evasivos e de siglas/abreviaturas que dificultam/impedem a compreensão dos registros foram frequentes. Os dados indicam que as anotações estudadas não são redigidas de maneira sistemática, e isso pode comprometer a sua funcionalidade e utilidade como instrumento de comunicação e de efetivação da qualidade do cuidado.
Revista	<i>Revista Eletrônica de Enfermagem</i> , 2006, 8(3), 415-421.
Artigo	A prescrição médica eletrônica em um hospital universitário: falhas de redação e opiniões de usuários
Autores	Cassiani, Freire e Gimenes (2003)
Resumo	Trata-se de um estudo em que foram analisadas prescrições médicas eletrônicas realizadas em três clínicas de uma instituição hospitalar. Os autores observaram que o problema resultante é que, muitas vezes, não há comunicação à equipe de enfermagem da alteração, que seguindo a uma cópia da prescrição anterior é administrado o medicamento prescrito no horário previsto; e no momento de registrar a administração do medicamento, descobre-se que o mesmo já havia sido suspenso ou modificado. Embora seja um consenso de que a prescrição médica deve acompanhar o profissional no momento da administração, a observação empírica indica que muitas vezes a equipe de enfermagem segue uma cópia de prescrição e que, se não houver comunicação das alterações, continua seguindo um regime terapêutico desatualizado. Tais dados indicam que há probabilidade de que em 16,8% dos pacientes internados nessas unidades poderia ter sido ministrado um medicamento (ou dose) já suspenso pelo médico, ao menos que a equipe de enfermagem tenha sido avisada anteriormente ou conferido a prescrição médica.
Revista	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 2003, 37(4), 51-60
Artigo	Análise prospectiva de risco do processo de administração de medicamentos anti-infecciosos
Autores	Silva e Cassiani (2013)
Resumo	O processo de administração de medicamentos é difícil e realizado diariamente em todos os hospitais, com altas chances de riscos para os pacientes. Nos estudos relacionados a este trabalho foi identificado 52 falhas no processo com potencial para provocar 66,2% efeitos de média gravidade aos pacientes internados e submetidos à terapia intravenosa. O estudo ainda mostra que a aplicação de um método de análise de risco pode ser utilizada pela enfermagem na prevenção de incidentes evitáveis na medicação.
Revista	<i>Revista Latino Americano de Enfermagem</i> , 21(Spec). [09 telas] 2013 jan./fev.

Figura 9 – Processo de Comunicação

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

Certifica-se que a palavra metodologia é de origem grega, *methodus*, podendo ser traduzida como “caminho ou direção para se realizar algo”. Desta maneira, o uso do método pode ser considerado um processo para se atingir um determinado objetivo, ou para se chegar a um objetivo. Assim, metodologia é usada para se estudar os melhores métodos desenvolvidos em uma determinada área visando conhecimento ou pode ser conceituada como aplicação de métodos e de técnicas que garantem a legitimidade do saber obtido (Gil, 2007). Metodologia ainda pode ser definida como o estudo dos melhores métodos operacionalizados em uma determinada área do conhecimento, correspondendo a um conjunto de procedimentos que serão utilizados na obtenção de um maior entendimento. É o estudo dos métodos e técnicas que validam a fidedignidade do saber adquirido (Martins & Teófilo, 2009).

A metodologia no passado foi imaginada como uma parte da lógica que se ocupava das partes particulares da pesquisa e da sua aplicabilidade. Atualmente não pode ser pensada exclusivamente no âmbito da lógica, sabendo que os vários métodos existentes podem ser aplicados aos campos do saber (Martins & Theófilo, 2009).

A pesquisa utilizou o método indutivo, abordagem empírica com caráter exploratório-descritivo e estratégia de pesquisa-ação. Foi escolhido o método indutivo pela sua característica de partir de fatos particulares para fatos universais. Essa abordagem técnica da pesquisa deve envolver meios técnicos de acordo com a investigação científica, retribuindo ao planejamento, e a estruturação da pesquisa numa dimensão mais vasta, abrangendo a previsão de coleta de informações, evidências e os dados coletados (Lakatos & Marconi, 2010). Esses autores referem ainda que o método científico é a teoria da investigação, o que requer a dimensão das etapas de acordo com a Figura 10.

ETAPAS DO MÉTODO CIENTÍFICO

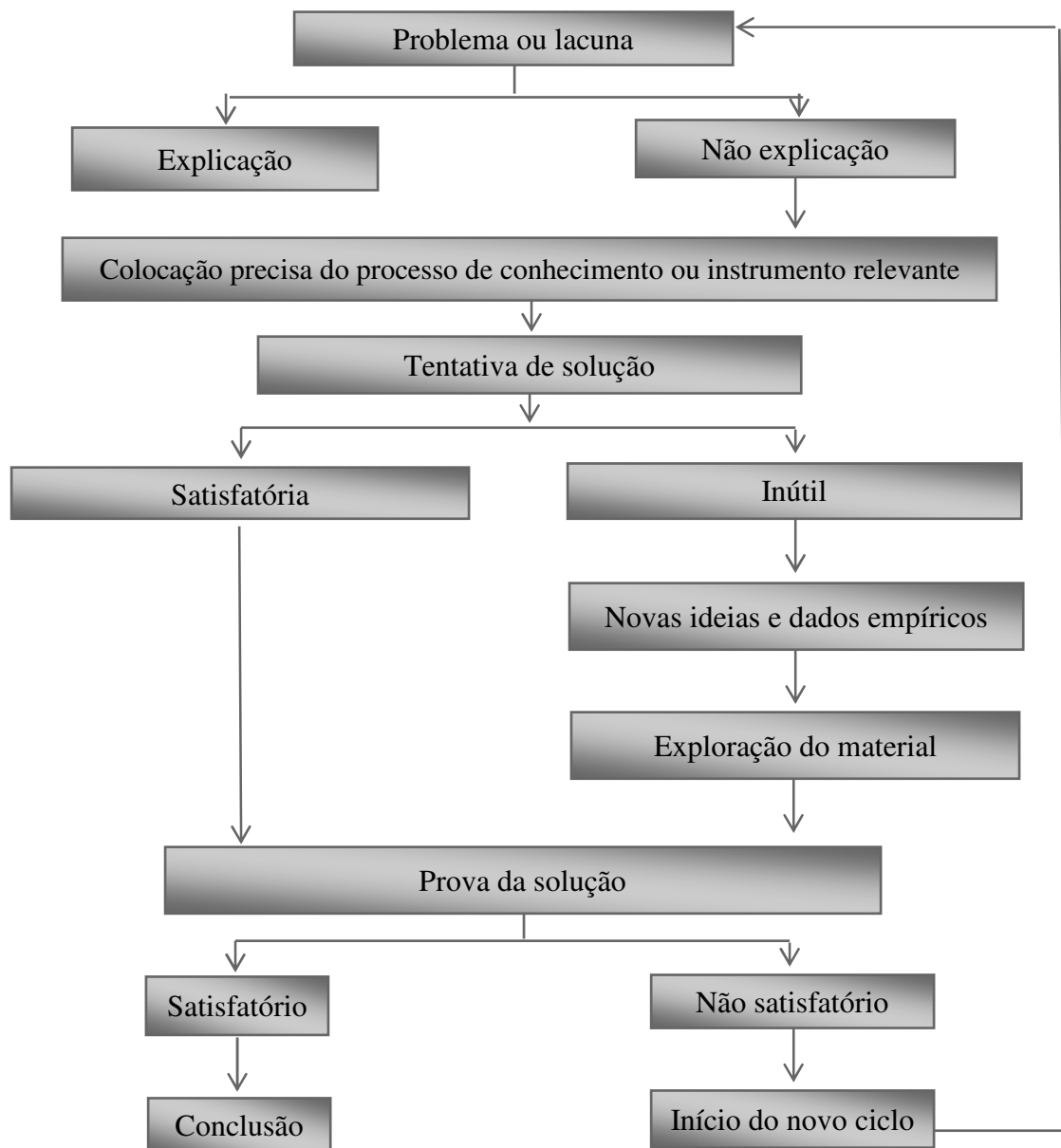


Figura 10 – Etapas do método científico
 Fonte: adaptado de Marconi e Lakatos (2010, p. 52.).

Segundo Martins e Theóphilo (2009), constata-se que o maior problema da ciência não é o método, mas sim a realidade, que não apresenta evidência e não há coincidência relacionada às concepções que se tem da realidade. De acordo com Gil (2007), na pesquisa científica as teorias permitem as definições de conceitos, o estabelecimento de sistemas conceituais, uma identificação de lacunas no atual conhecimento existente, e o aparecimento de metodologias para investigação do objeto de interesse.

O trabalho apresentado se enquadra na abordagem empírica utilizando testes estatísticos de igualdade de médias e análise da variância. A validação dos resultados se dá pelo nível de significância adotado nos testes estatísticos e pelas condições do experimento. A causalidade é concebida como uma relação direta de causa-efeito ou estímulo-resposta. As pesquisas com esse tipo de abordagem metodológica buscam adaptação do método de investigação das ciências naturais (física, química e biologia) às ciências sociais (Martins & Theóphilo, 2009).

Martins e Theóphilo (2009) ainda relataram que as fontes primárias são aquelas coletadas diretamente da fonte. E as secundárias, aquelas organizadas em bancos de dados, relatórios, arquivos, entre outros. No presente trabalho utilizaremos essas duas fontes. Portanto, para a evolução da pesquisa faz-se necessária a adoção de métodos que visam adequadamente a validade da pesquisa, e ao mesmo tempo capacidade de produzir medições constantes, garantindo a validação externa da pesquisa (Guimarães, Hayashi, & Benze, 2011).

As estratégias de pesquisas utilizadas para a condução e embasamento de pesquisa científica podem ser seguidas conforme explicativa abaixo (Figura 11) e referências (Martins & Theóphilo, 2009).

Abordagem	Descrição
Pesquisa Bibliográfica	É uma estratégia que procura explicar, analisar e discutir um assunto, tema ou problema com base em referências publicadas em livros, periódicos, revistas, enciclopédias, dicionários, jornais, sites, CDs, anais de congressos, etc.
Pesquisa Documental	É uma estratégia caracterizada por estudos que utilizam documentos como fonte de dados, informações e evidências. Os documentos são dos mais variados tipos, escritos ou não, tais como: diários, documentos arquivados em entidades públicas e entidades privadas, gravações, correspondências pessoais e formais, fotografias, filmes, mapas, etc.
Pesquisa-Ação	É uma estratégia de pesquisa definida como um tipo de investigação participante que tem como característica peculiar o propósito de ação planejada sobre os problemas detectados. Neste tipo de pesquisa os atores envolvidos participam, junto com os pesquisadores, para chegarem inteiramente a elucidar a realidade em que estão inseridos, identificando problemas coletivos, buscando e experimentando soluções em situação real.

Figura 11 – Estratégias de Pesquisa

Fonte: Adaptada de Martins e Theóphilo (2009).

Os critérios básicos (Figura 12) a serem ressaltados em uma pesquisa quantitativa deverão estar congregados na pesquisa qualitativa por serem considerados, por vários pesquisadores, fundamentais para confronto dos resultados (Günther, 2006).

Assunto	Crítérios a serem ressaltados
Perguntas da pesquisa	Deverão ser claras
Esboço da pesquisa	Consistente como objetivo da pergunta
Paradigma e constructo	Bem delineados
Posição teórica e expectativa do pesquisador	Bem explicitadas
Procedimentos metodológicos	Deverão estar documentados
Procedimentos analíticos	Documentados e com regras claras de análise
Resultados Detalhamento da análise	Acessíveis a toda comunidade, congruentes com as expectativas teóricas, além de estimar ações futuras; Leva em conta resultados inesperados

Figura 12 – Critérios a serem ressaltados na Pesquisa Qualitativa
Fonte: Günther (2006).

O presente estudo é do tipo retrospectivo, de natureza descritiva, realizado por meio de pesquisa documental, bibliográfica e pesquisa-ação, como estratégias metodológicas adotadas, e com abordagem quantitativa e qualitativa do problema. A característica descritiva decorre do fato de que o estudo aqui proposto tem como finalidade identificar incidentes causados por falhas de gestão de comunicação em pacientes internados em UTI. A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno (Vergara, 2000).

Os dados coletados nesse estudo são de natureza mista, portanto são dados quantitativos e qualitativos. Segundo Martins e Theóphilo (2009), uma pesquisa é considerada qualitativa quando o pesquisador entra em contato direto e prolongado com o ambiente da pesquisa, os dados são descritos e analisados de forma indutiva à medida que são coletados, atentando para as percepções dos participantes (atores). Já a pesquisa quantitativa é quando os dados coletados podem ser organizados, e podendo ter uma interpretação numérica, usando métodos

e técnicas estatísticas. Para a obtenção dos dados será utilizada a pesquisa documental. Segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 176):

A característica da pesquisa documental é que a fonte de dados está restrita a documentos escritos ou não, chamados de fontes primárias. Essas podem ser feitas no instante em que os fatos ou fenômenos ocorrem, antes ou depois.

A pesquisa documental alguns pontos fortes são considerados, tais como a estabilidade e a revisão, que poderão ser feitas quantas vezes for preciso. A pesquisa documental possui detalhes e referências mais exatas das que estão relacionadas ao fenômeno estudado. Esse tipo de pesquisa tolera e sustenta um tempo mais longo e com uma maior amplitude (Yin, 2001).

Segundo Martins e Theóphilo (2009), a pesquisa documental é aquela que utiliza documentos como principal pesquisa de dados, informações e evidências, podendo ser de vários tipos, escritos ou não, como exemplos: documentos arquivados, prontuários, revistas, filmes fotografia, documentos pessoais, entre outros. Ainda conforme Martins e Theóphilo (2009), a pesquisa-ação pode ser definida como um tipo de pesquisa participante que tem como característica a finalidade da ação planejada envolvida nos problemas encontrados. Neste método os atores estão envolvidos no processo juntamente com os pesquisadores, identificando problemas grupais e experimentando soluções em reais situações. A aplicação desta pesquisa nas organizações abrange a área de administração de pessoas e os fatores relacionados com características culturais e sociais da tecnologia e da inovação técnica.

De acordo com Martins & Theóphilo (2009) Kurt Lewin, o criador da pesquisa-ação, refere que ela é constituída de um ciclo de análise, fato achado, concepção, planejamento, execução ou avaliação. Ocorrendo então uma repetição do círculo de atividades, ela é facilitada nas organizações de cultura democrática, local onde o reconhecimento e participação dos grupos é frequente.

Thiollent (2008) descreve que não há um planejamento fixo do desenvolvimento da pesquisa-ação; ao contrário, é flexível, possibilitando um vaivém em função das preocupações do grupo (pesquisadores e atores) e da dinâmica das situações investigadas. Porém, é certo que se inicia com a fase exploratória e se finaliza com a divulgação dos resultados. As demais fases intermediárias, como organizar seminário, escolher um tema, colocar um problema, coletar dados, relacionar o saber formal dos especialistas com o saber informal dos

“usuários”, elaborar um plano de ação, não têm uma sequência necessariamente, os caminhos são variados em decorrência das circunstâncias identificadas.

Thiollent (2008) robustece o fato de que independe das técnicas utilizadas, os autores e pesquisadores do estudo procuram a informação necessária para o andamento da pesquisa e que responda aos objetivos traçados. Neste período devem-se dividir atividades, em que um grupo coleta dados dos prontuários e outro observa.

A pesquisa-ação possui uma característica contínua devido ao aspecto de trabalhar para melhoria da prática, visto que as pessoas/usuários são participantes das ações para a resolução dos problemas, ampliação do conhecimento e disseminação dos resultados. Seu principal intuito é promover ao pesquisador melhores condições de compreensão, decifração, interpretação, análise e síntese dos dados qualitativos coletados na situação investigativa (Thiollent, 2008; Tripp, 2005).

Em relação à abordagem do problema, este estudo é do tipo quantitativo e qualitativo, sendo que após quantificação e mensuração dos dados, foram aplicadas técnicas estatísticas específicas para os dados coletados (Martins & Theóphilo, 2009).

Quanto à pesquisa bibliográfica foi realizado um levantamento bibliográfico de todo o referencial teórico necessário para a validação dos conceitos e teorias com embasamento para este estudo.

Para a pesquisa documental foi realizado um levantamento de prontuários dos pacientes internados nas UTIs e os respectivos documentos usados nestes serviços, de maneira a conseguir levantar todas as informações necessárias sobre o processo de gestão, incidentes de segurança, falhas de comunicação entre equipes multiprofissional, pacientes, familiares e serviços auxiliares.

Foi considerada nesta pesquisa como falha de comunicação todo e qualquer incidente decorrente da ausência de informação relacionada a exames, interconsultas, medicações, queixas de pacientes, comunicação entre equipe e entre outros profissionais de saúde da instituição e suportes relacionados a recursos organizacionais.

3.1 OBJETIVO DA PESQUISA

O objetivo principal da pesquisa é detectar os incidentes de segurança relacionados a falhas de comunicação em UTI, seus processos causadores, e contribuir para o gerenciamento de projetos de gestão em UTI, tendo como foco principal a segurança do paciente.

Teremos como contribuição a elaboração de um instrumento norteador como proposta de prevenção de incidentes de segurança do paciente relacionados à comunicação.

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público, universitário, terciário, de alta complexibilidade e que faz parte dos hospitais da rede sentinela do Estado de São Paulo, composto por 910 leitos e com 110 leitos de UTI. A população estudada foi composta por 202 pacientes internados no período de 25 de maio a 25 de agosto de 2009, sendo considerados todos os pacientes com idade superior a 15 anos, fato este por se tratar de UTIs para atendimento de pacientes adultos. Foram incluídas no estudo 4 UTIs, que são: UTI de Clínica Médica (6 leitos), UTI da Pneumologia (4 leitos), UTI do Pronto-Socorro de Clínica Médica (8 leitos), e uma Semi-Intensiva do Pronto-Socorro de Clínica Médica (9 leitos), somando um total de 27 leitos. Os pacientes foram acompanhados desde a admissão nas UTIs até a alta e/ou óbito.

O estudo respeitou a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital participante que aprovou sob o nº 0279/07. Para esta pesquisa foi encaminhado comunicado a CAPPesq informando a utilização dos dados coletados em 2009 seguindo os preceitos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que garante a preservação do total anonimato dos pacientes envolvidos nos incidentes/eventos adversos.

3.3 COLETA DE DADOS

Os incidentes identificados no estudo foram classificados de acordo com a Classificação Internacional pela Segurança do Doente (CISD), à medida que podem estar relacionados à administração clínica, ao processo/procedimento clínico, à documentação, à infecção associada aos cuidados de saúde, à medicação/fluidos IV, ao sangue/hemoderivados, à dieta/alimentação, ao oxigênio/gás/vapor, ao dispositivo/equipamento médico, comportamento, acidentes do doente, infraestrutura, recursos/gestão organizacional (OMS, 2009).

A classificação quanto à origem do incidente de segurança foi classificada conforme a CISD (2009) em:

- *ocorrência comunicável*- é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas não ocorreu nenhum incidente. Por exemplo: se um aparelho está quebrado, mas não foi usado, logo não houve prejuízo algum a qualquer paciente internado naquele local.

- *quase erro* – é aquele incidente que não chegou ao doente, sendo detectado antes. Por exemplo: uma medicação preparada para um paciente e que antes de instalada foi detectada falha de identificação; também não ocasionou qualquer prejuízo, mas tinha o potencial de causá-lo.

- *evento sem danos* - é um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos. Exemplo: uma bolsa de sangue de tipo O transfundido para paciente de grupo sanguíneo A.

- *incidente com danos (evento adverso)* - que é o incidente que resultou em dano para o doente (OMS, 2009).

No caso de evento com dano, ele é subclassificado de acordo com o grau de dano / resultado de um incidente, em: dano leve, dano moderado, dano grave ou óbito.

As informações relacionadas a potenciais incidentes foram registradas em impresso próprio. As ocorrências espontâneas das equipes multiprofissionais e dos familiares/pacientes também foram registradas.

A revisão de prontuário foi uma outra fonte de dados na avaliação e notificação de incidentes, com análise de todos os impressos dos prontuários do paciente internado, tais como: evolução médica, interconsultas, prescrições, relatórios, gráficos de controle de sinais, encaminhamento de exames laboratoriais, entre outros.

Foram avaliados os incidentes relacionados a falhas de comunicação em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva e seus processos causadores. Os incidentes que tiveram seu início antes da admissão dos pacientes nos serviços estudados não foram incluídos no estudo. O pesquisador categorizou as observações encontradas em incidentes de segurança. Também foram registradas as informações relacionadas aos diagnósticos de admissão nas UTIs; e as comorbidades por meio da escala de *Charlson Comorbidity Index* (Charlson) – o índice calcula a carga de morbidade do paciente, independentemente do diagnóstico principal. Foram definidas 19 condições clínicas, além do peso (Charlson, Pompei, Ales, & Mackenzie, 1987), que seguem as seguintes pontuações de acordo com a Figura 13:

Condição	Pontuação
Infarto do Miocárdio	1
Insuficiência Cardíaca Congestiva	1
Doença Vascular Periférica	1
Doença Cerebrovascular	1
Demência	1
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	1
Doença do Tecido Cognitivo	1
Doença Péptica	1
Doença Hepática Leve	1
Diabetes	1
Hemiplegia	2
Doença Renal Moderada Grave	2
Diabetes com Lesão de Órgão Alvo	2
Tumor	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Doença Hepática Moderada ou Grave	3
Tumor Sólido Metastático	6
AIDS	6

Figura 13 – Índice de Morbidade de Charlson
Fonte: Charlson, Pompei, Ales e Mackenzie (1987).

Também foram avaliados o tempo de permanência nos serviços; gravidade clínica à admissão nas UTIs por APACHE II e SAP II; e a condição de saída das UTIs e do hospital, se alta, transferência ou óbito.

O *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II) é um sistema de classificação de prognóstico do paciente em estado crítico. O cálculo do índice deve ser realizado logo na admissão do paciente na UTI e deve levar em consideração as variáveis fisiológicas, idade e doença crônica. Utiliza-se 12 variáveis, dependendo da condição clínica, fisiológica e patológica do doente (Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman, 1985).

O *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA) é uma forma de avaliar as disfunções orgânicas, assim como o grau de comprometimento do funcionamento orgânico em pacientes em estado crítico. Diariamente são avaliados seis sistemas: respiratório, hematológico, cardiológico, renal, hepático e neurológico (Vicent, 1999).

O SAPS II é um sistema de classificação de gravidade da doença e é um dos vários sistemas de pontuação de pacientes em UTI. Sua aplicação é para pacientes maiores de 15 anos e com mínimo de 24 horas de admissão na UTI. Quando concluída a medição, o resultado é expresso por um número inteiro em percentual, variando de 5 a 100%. Esse sistema é usado principalmente para descrever a morbidade de um paciente quando se compara o resultado com outros pacientes (Le Gall, Lemeshow, & Salmier, 1993).

Outro instrumento utilizado destina-se à coleta das informações referentes à carga de trabalho de enfermagem, mensurada pelo índice *Nursing Activities Score* (NAS). O NAS é um instrumento que mede uma estimativa de tempo que a enfermagem gasta na assistência prestada ao paciente em todos os períodos de trabalho, sendo avaliado em porcentagem. Os escores desse instrumento são: 1- Monitorização e controle; 2- Investigações laboratoriais; 3- Medicação, exceto drogas vasoativas; 4- Procedimentos de higiene; 5- Cuidados com drenos; 6- Mobilização e posicionamento; 7- Suporte e cuidados aos pacientes e familiares; 8- Tarefas administrativas e gerenciais; 9- Suporte respiratório; 10- Cuidados com vias aéreas artificiais; 11- Tratamento para a melhora da função pulmonar; 12- Medicação vasoativa; 13- Reposição de grandes perdas de fluidos; 14- Monitorização do átrio esquerdo; 15- Reanimação cardiorrespiratória; 16- Técnicas de hemofiltração/dialítica; 17- Medida quantitativa do débito urinário; 18- Medida da pressão intracraniana; 19- Tratamento da acidose/alcalose metabólica; 20- Nutrição parenteral total; 21- Alimentação enteral; 22- Intervenções

específicas na UTI; 23- Intervenções específicas fora da UTI. Esse instrumento foi desenvolvido por Miranda *et al.* (2003), traduzido e validado por Queijo e Padilha (2004).

Nesse trabalho um formulário NAS foi preenchido por cada profissional de enfermagem diretamente envolvido no cuidado de cada paciente no final de cada turno. O NAS diariamente foi determinado para cada paciente durante o período de acompanhamento com o intuito de estimar a média do NAS para cada paciente no período.

As visitas médicas e de enfermagem foram acompanhadas em caráter observacional, e registrado em impresso próprio os relatos de incidentes, posteriormente comparados com os registros do prontuário. No caso de notificação espontânea pela equipe das unidades, foi utilizado o mesmo impresso. Foi realizada uma dupla checagem dos prontuários com os impressos de coleta de dados; e, em caso de dúvida, em relação à interpretação se houvesse ou não incidente, foi utilizado entrevista estruturada com o gestor médico ou de enfermagem da unidade, o qual a dúvida fosse pertinente. Caracterizando a interação dos atores e pesquisador, facilitando e corrigindo equívocos de “leitura da prática real”.

3.4 PROCEDIMENTO E ANÁLISE DE DADOS

As informações coletadas foram armazenadas em planilhas do programa Excel (Microsoft, USA), e transferidas para uma base de dados específica por dupla digitação. As variáveis contínuas foram analisadas pelos testes estatísticos descritivos (desvio padrão, mediana, média, valor máximo e valor mínimo, e suas médias). As variáveis categóricas foram apresentadas com frequências absolutas e relativas. Foram analisados os incidentes de segurança com danos associados à comunicação e os incidentes com danos não associados à comunicação, tempo de permanência dos pacientes na UTI, problemas de comunicação e índices de gravidade dos pacientes pelo teste de Mann-Whitney. Os fatores que mostraram resultados estatisticamente significativos na análise univariada foram selecionados para análise multivariada; modelos de regressão logística foram aplicados, estimando-se os *odds ratios* e seus respectivos intervalos de confiança. O programa estatístico utilizado foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Foram considerados resultados significantes quando $p < 0.005$.

3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Por se tratar de estudo retrospectivo, há que se considerar que o fato temporal é uma limitação em si mesmo. Outro aspecto limitante é que as falhas de comunicação não são habitualmente consideradas fatores de risco à segurança do paciente, muito distinto do que ocorre, por exemplo, com as infecções em âmbito hospitalar. Também a falta de hábito de notificação de eventos que envolvam falhas de comunicação pode limitar a obtenção da totalidade dos eventos ocorridos.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

No período de estudo, de 25 de maio a 25 de agosto de 2009, foram feitas 202 admissões com sete readmissões nas cinco UTIs em análise. A maioria das admissões foi encaminhada do pronto-socorro, seguida das unidades de internação. A Tabela 1 mostra os dados demográficos do tempo de internação e as características clínicas de entrada na instituição. A distribuição entre os sexos foi praticamente análoga, sendo n=105 (51,9%) dos pacientes do sexo masculino e n=97 (48,01%) do sexo feminino, e a média de idade de 52,58 e DP=19,47.

Tabela 1 – Distribuição das características demográficas, tempo de internação e as características clínicas de entrada na instituição.

Variável	Admissões N=202
Idade (anos) Média + DP (MIN – MAX)	52,58 ± 19,47 (15 – 96)
Sexo Masculino: Feminino	105 : 97
Tempo de internação na UTI (dias) Média + DP (MIN – MAX)	10,25 ± 10,46 (0,0 – 70,0)
Tempo de internação no hospital (dias) Média + DP (MIN – MAX)	19,27 + 16,92 (1,0 – 84,0)
Gravidade da admissão APACHE (pontos) Média + DP (MIN – MAX)	15,33 + 7,64 (0 – 48)
Comprometimento funcional diário SOFA (pontos) Média + DP (MIN – MAX)	5,50 ± 3,66 (0 – 18,0)
Comprometimento funcional diário LODS (pontos) Média + DP (MIN – MAX)	4,62 ± 3,21 (0 – 17,0)
Comprometimento funcional diário SAPS II (pontos) Média + DP (MIN – MAX)	31,35 ± 15,24 (3 – 92)
Comorbidades – índice de Charlson (pontos) Média + DP (MIN – MAX)	2,50 ± 2,29 (0 – 10)
NAS (%) Média + DP (MIN – MAX)	72,43 ± 24,35 (0 – 139,4)
Condição de saída das UTIs (Número pacientes; %) Alta: Óbito	161(79,70%): 41 (20,30%)
Condição de saída do hospital (Número pacientes; %) Alta: Óbito	149 (73,76%): 53 (26,24%)

N: número de admissões; DP: desvio padrão; MIN: valor mínimo apresentado; MAX: valor máximo.

4.1 DESCRIÇÃO DOS INCIDENTES RELACIONADOS A FALHAS DE COMUNICAÇÃO

Das 202 admissões do estudo, 177 (87,6%) admissões apresentaram incidentes relacionados a falhas gerenciais de comunicação nas Unidades de Terapia Intensiva, tendo apenas 25 admissões sem incidentes dessa natureza. A análise dos resultados obtidos permitiu constatar a ocorrência de 999 incidentes relacionados à comunicação, resultando em média de 5,6 incidentes/admissão. A caracterização dos dados sócio-demográficos mostrou que não houve praticamente diferença quanto ao sexo, sendo 89 (50,28%) pacientes do sexo masculino e 88 (49,71) pacientes do sexo feminino quanto a ocorrência de incidentes de segurança do paciente.

Quanto à procedência, 89,6% dos pacientes foram provenientes do pronto-socorro e das unidades de internação. Observou-se que a maioria dos doentes foram internados para tratamento clínico. A maioria dos pacientes, 142 (80,22%), obteve alta para as unidades de internação, e 35 (19,77%) evoluíram a óbito. A média de idade dos pacientes que sofreram incidentes de segurança nas UTIs foi de 52,77 anos (DP=20,01), com variação mínima de 15 anos e máxima de 96 anos, sendo o tempo médio de permanência nas unidades de 10,09 dias (DP=10,14), variando de 0 a 70 dias (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das características demográficas, tempo de internação e condições clínicas das admissões com incidentes de comunicação e incidentes outros.

Variável	Admissões		P
	Com incidentes de comunicação N=177	Com incidentes outros N=25	
Idade (anos) Média + DP (MIN – MAX)	52,77 ± 20,01 (15 – 96)	48,56 ± 16,77 (17 – 71)	0.260
Sexo Masculino: Feminino	89 : 88	11 : 14	0.974
Tempo de Internação na UTI (dias) Média + DP (MIN – MAX)	10,09 ± 10,24 (0 – 70)	11,32 ± 11,67 (0 – 42)	0,485
Tempo de internação no hospital (dias) Média + DP (MIN – MAX)	20,53 ± 17,26 (0 – 84,0)	16,32 ± 15,26 (1 – 82)	0,340
Gravidade da admissão APACHE (pontos) Média + DP (MIN – MAX)	15,88 ± 7,0 (0 – 43)	15,84 ± 7,56 (0 – 28)	0.979
Comprometimento funcional diário SOFA (pontos) Média + DP (MIN – MAX)	4,49 ± 3,68 (0 – 18)	5,04 ± 3,53 (0 – 15)	0.483
Comprometimento funcional diário LODS (pontos) Média + DP (MIN – MAX)	4,65 ± 3,10 (0 – 17)	3,92 ± 3,94 (0 – 14)	0.371
Comprometimento funcional diário SAPS II (pontos) Média + DP (MIN – MAX)	31,64 ± 15,40 (73 – 92)	26,80 ± 13,73 (7 – 65)	0.114
Comorbidades – índice de Charlson (pontos) Média + DP (MIN – MAX)	15,23 ± 7,63 (0 – 48)	2,72 ± 2,30 (0 – 8)	<0.0005
NAS (%) Média + DP (MIN – MAX)	71,71 ± 24,26 (0 – 139)	78,83 ± 24,97 (32,2 – 133,8)	0.174
Condição de saída das UTIs (Número pacientes; %) Alta: Óbito	142 (80,22%) : 35 (19,78%)	20 (80%) : 5 (20%)	0.393
Condição de saída do Hospital (Número pacientes; %) Alta: Óbito	142 (80,22%) : 35 (19,78%)	20 (80%) : 5 (20%)	0.393

N: número de admissões; DP: desvio padrão; MIN: valor mínimo apresentado; MAX: valor máximo

A análise das comorbidades (pontuação obtida pela aplicação da Escala de Charlson) mostra significância estatística ($p < 0.0005$) quando comparada entre as admissões com e sem incidentes de comunicação, fato esse que pode ser parcialmente explicado uma vez que

pacientes com maior número de comorbidades recebem de cuidados de enfermagem intensificados, assim como maior número de medicações, maior número de solicitações de exames complementares, e geralmente requerem mais procedimentos; logo, são pacientes que estão mais sujeitos aos incidentes em geral, destacando-se aí os de comunicação.

Durante o período de estudo foram identificados 999 incidentes de segurança associados à comunicação, tendo a predominância os incidentes sem danos, que correspondem a 626 incidentes (62,67%), o que resulta em 3,5 incidentes de comunicação sem danos/admissão, e os incidentes com danos, 248 (24,82%), resultando em 2,1 incidentes de comunicação com dano/admissão (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos incidentes de segurança relacionados à comunicação detectados em 177 admissões nas UTIs participantes

Tipos	N=999	%
Incidente sem dano	626	62,66
Incidente com dano	248	24,82
Ocorrência comunicável	115	11,51
Quase evento	10	1,00
Total	999	100,00

Fonte: resultado do trabalho.

Dos 390 incidentes de segurança associados a falhas gerenciais de comunicação nos processos/procedimentos clínicos, 223 foram categorizados como incidentes sem danos e 167 incidentes com danos (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos incidentes de segurança de pacientes relacionados a falhas de comunicação por tipo

Distribuição por tipo de incidente	N	%
Processo/procedimento clínico	390	39,04
Medicação	246	24,62
Comunicação verbal	152	15,22
Documentação	87	8,71
Dietas/alimentação	84	8,4
Administração clínica	26	2,6
Oxigênio	14	1,4
Total	999	100,0

Fonte: resultado do trabalho.

O tipo de incidente na categoria medicação foi identificado em 246 (24,62%) admissões, onde foram classificados como: 210 incidentes sem danos, 15 incidentes com dano moderado e 21 incidentes com danos graves. Os incidentes graves estão relacionados à dose omitida de antibióticos, em que os pacientes ficaram sem receber a dose de antibiótico por um tempo superior a uma hora. A causa da demora esteve associada ao atraso de entrega do medicamento pela farmácia, na administração, no transporte e quando não havia sido avisado a equipe de enfermagem quanto a medicação prescrita.

As falhas de comunicação verbal foram observadas no momento da passagem de plantão da enfermagem e na visita médica. Durante o estudo foram identificadas 152 falhas de comunicação verbal, em 177 admissões. Os problemas relacionados às falhas na comunicação da equipe médica da UTI e às falhas da equipe de enfermagem foram as mais frequentes. Dentre essas, foi observado que alguns diagnósticos eram informados diferentemente entre as equipes que prestaram assistência aos pacientes, exames que deveriam ser realizados e não foram porque o enfermeiro não desconhecia o pedido feito, transferências não realizadas por falta de comunicação entre as equipes (médica e enfermagem), paciente que deveria estar em jejum e que não realizou o exame porque não manteve o jejum, medicações prescritas e não realizadas, medicação solicitada na emergência e não prescrita, dietas não administradas,

interconsultas que não foram encaminhadas e não realizadas, interconsultas solicitadas e não realizadas.

O tipo de incidente referente a falhas na documentação do paciente foi observado 87 admissões, onde 80 dessas classificadas como ocorrência comunicável e 7 incidentes classificados como quase evento. Dentre esses incidentes, destaca-se as rasuras nas prescrições médicas, falta de impressos de memorandos, duplicidade de prescrição médica, falta de prescrição de enfermagem, solicitação de exames sem impresso de solicitação.

Dos 84 incidentes encontrados relativos a dieta/alimentação: 69 foram classificados como incidentes sem danos e 15 como incidentes com danos (10 incidentes moderados, 4 incidentes leves e 1 incidente grave). Os incidentes sem danos estão relacionados a atrasos de dietas e alimentação no período superior a três horas, dieta e medicação não prescrita (dano leve). Os incidentes moderados foram aqueles em que o paciente ficou sem um ou mais recebimento de dieta/água, jejum prolongado com risco de hipoglicemia e o incidente grave foi ocorreu em paciente que recebeu dieta destinada a outro paciente.

Ao analisar os tipos de incidentes relacionados ao suporte de oxigênio foram identificados 14, onde 10 foram categorizados como incidentes sem danos, desses havia prescrição de oxigênio terapia, porém estava suspenso no dia anterior e o paciente estava estável; paciente que retirava a máscara de oxigênio não sendo observado pelas equipes; nebulizações prescritas, mas o paciente estava intubado. Dos incidentes com danos moderados (4), as causas foram as nebulizações prescritas e não realizadas em tempo hábil.

Nas falhas de comunicação decorrentes da administração clínica (26), 16 foram incidentes classificados sem danos e 10 com danos. Os incidentes com danos foram devido a dificuldade de transferência de pacientes de alta das UTIs para outros setores.

Dos 177 pacientes que sofreram incidentes com danos, 35 admissões evoluíram para óbito, com 157 incidentes de segurança. Os tipos de incidentes de segurança que esses pacientes sofreram no período de internação foram: 77 eventos sem danos, 45 ocorrências comunicáveis, 24 eventos leves, 7 eventos moderados, 3 eventos graves e 1 quase evento. Desse modo, pode-se concluir que, em pelo menos quatro admissões, incidentes moderados/graves podem ter contribuído para o óbito do paciente. Dentre as 25 admissões com incidentes de outra natureza, foram constatados 5 óbitos (Tabela 5).

Tabela 5 – Número de óbitos das admissões com incidentes de segurança relacionados a falhas de comunicação e a incidentes de outra natureza

N=202	Admissões	Nº de óbitos
Incidentes com comunicação	177	35
Incidentes outros	25	5
Total	202	40

Fonte: resultado do trabalho.

Os incidentes que ocorreram nas avaliações das prescrições médicas foram: medicações não checadas e não justificadas (237), prescrições sem datas, prescrições que não seguiram a ordem sequencial dos números, com rasuras e ilegíveis, duplicidade de prescrições, sem carimbo do médico e prescrição do dia não elaborada (Tabela 6).

Tabela 6 – Origem dos incidentes de segurança relacionados a falhas de comunicação identificados no estudo

Origem	N=999	%
Prescrição médica	477	47,75
Controle de enfermagem	323	32,33
Visita de enfermagem	52	5,21
Evolução médica	51	5,11
Prescrição de enfermagem	29	2,9
Visita médica	25	2,5
Evolução de enfermagem	22	2,2
Laboratório	20	2
Total	999	100

Fonte: resultado do trabalho.

Outro incidente observado foi a folha de gráfico de controles de parâmetros dos pacientes, que mostrou durante os três meses de estudo 323 incidentes de falta de controle

desses parâmetros; entre eles: controle da dor, sinais vitais, angulação do leito, controle de glicemia capilar, e anotação de funções fisiológicas. Em relação ao serviço de laboratório, os incidentes que tiveram maior impacto foram os exames laboratoriais solicitados e não realizados, assim como os exames não encaminhados (por exemplo: exames perdidos, falta de *kits*).

Nas visitas de enfermagem os incidentes relacionados a comunicação foram os associados a orientações e condutas que não deram continuidade, como: informações de transferências de pacientes, alterações de prescrição médica e de enfermagem, angulação do leito do paciente (fato esse que ocorreu em vários momentos), discordância entre a equipe médica e de enfermagem, trocas de leitos, entre outros.

Em relação às evoluções médicas os incidentes foram: falta de impressos de evolução do dia, evoluções trocadas e/ou fora do prontuário do paciente, continuidade sequencial. Já nas prescrições de enfermagem os incidentes que predominaram foram as prescrições não checadas e não realizadas. Dentre os incidentes associados à evolução de enfermagem foram mais detectadas as faltas das evoluções.

Na literatura um estudo realizado no município catarinense, constituído por 441 prescrições mostrou que 82% (363) apresentaram algum tipo de erro, sendo que 15,5% não apresentavam carimbo médico e CRM, 0,8% (3) estavam sem a data da prescrição e em 0,2% (1) das prescrições não indicava a duração do tratamento. Foi verificado também que 45,7% (166) estavam ilegíveis e 1,3% (5) apresentavam rasuras. Outro dado importante foi que em 37,1% (135) das prescrições não foi observada a via de administração, 17,6% (64) estavam sem a concentração do medicamento e 28,6% (104) não apresentavam a forma farmacêutica (Lins, Cazzamalli, & Zancanaro, 2012).

Nesse estudo outra variável avaliada foi a distribuição dos tipos de incidentes de segurança relacionados aos profissionais de saúde da UTI, em que se observa que a grande maioria dos problemas de comunicação ocorreu entre os próprios profissionais de saúde, com uma incidência maior entre a equipe médica da UTI e a equipe de enfermagem da UTI. Em relação aos problemas de comunicação que envolveu paciente/familiar, a incidência foi menor (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos incidentes de segurança relacionados a falhas de comunicação conforme os profissionais envolvidos

Distribuição por tipo de incidente relacionado aos profissionais	N	%
Equipe médica da UTI/equipe de enfermagem da UTI	75	49,67
Equipe de enfermagem da UTI	16	10,60
Equipe médica da UTI	15	9,93
Equipe médica da UTI e médico de outro setor	10	6,62
Equipe médica da UTI/médico/enfermagem/paciente	12	7,95
Equipe médica da UTI/outros profissionais de saúde	10	6,62
Equipe de enfermagem da UTI/outros profissionais de saúde	7	4,64
Equipe de enfermagem da UTI/médico de outro setor	7	4,64
Total	152	100

Fonte: resultado do trabalho.

O acompanhamento das visitas de enfermagem, visitas médicas e revisão de prontuários foram as fontes de melhor identificação de incidentes, causados por falhas de gestão no processo de comunicação.

Foram observadas 152 falhas de comunicação verbal nesse estudo, sendo o maior número referente as de comunicação entre médico e enfermagem da UTI, as falhas entre a própria equipe de enfermagem, entre a equipe médica, e entre a equipe da UTI e familiar do paciente.

De acordo com o resultado dessa pesquisa, é citado na literatura que o conflito entre profissionais da medicina e da enfermagem, historicamente os atores principais quando se trata de cuidados com os pacientes, tem a origem desde a constituição da equipe multiprofissional até as questões salariais. Alguns fatores permitem avaliação dessa relação médico/enfermeiro como prevenção de conflitos, as divisões de tarefas, influência do hospital-escola e reflexo no doente. Esses autores consideram como geradores de conflitos a comunicação interprofissional, reconhecimento interpessoal e a condição de trabalho da equipe (Oliveira, 2010).

Quanto às falhas gerenciais de comunicação em UTI, é mencionado num estudo realizado em uma UTI de 11 leitos de um hospital privado que a falha de comunicação entre médicos assistentes e residentes pode aumentar a mortalidade dos pacientes, tendo como exemplos o atraso ao iniciar o antibiótico, demora em iniciar o desmame da ventilação mecânica e a falta da prescrição de anticoagulantes na prevenção de trombose venosa profunda (Teixeira, Teixeira, Brodt, Oliveira, & Dexheimer-Neto, 2010).

Finalizando, este é um estudo pioneiro que utilizou a estrutura de classificação internacional da segurança do paciente desenvolvida pela OMS, que apresenta uma padronização na classificação dos incidentes de segurança, na detecção e investigação dos incidentes de segurança do paciente crítico associados à falhas de comunicação.

5 CONCLUSÃO

No presente estudo, foi feita a identificação de incidentes de segurança causados por falhas gerenciais de comunicação, local de origem da identificação dos incidentes e tipos de incidentes mais evidenciados. Das 202 admissões estudadas das UTIs estudadas foram identificados 999 incidentes de segurança e classificados de acordo com o CISP como: 62,68% incidentes sem danos, 24,82% com danos, sendo desses os processos clínicos/procedimentos com (39,04%). Salientamos que todos incidentes de segurança encontrados foram considerados evitáveis, o que corrobora os resultados já publicados sobre segurança do paciente em geral (Baker, et al., 2004) muito embora nenhum tenha abordado especificamente a questão das falhas de comunicação em UTIs, o que reflete a contribuição inovadora desta pesquisa. Observou-se 152 falhas de comunicação verbal, destacando comunicação entre médico e enfermagem das UTIs com 49,67%, sendo frequente entre todas as equipes de trabalho das UTIs. Quanto à origem dos incidentes, as prescrições médicas foram a fonte de evidência que apresentou 47,75% do total de incidentes estudados.

A avaliação das comorbidades feita pela escala de Charlson mostra significância estatística ($p < 0.0005$), quando comparada aos pacientes que tiveram outros incidentes de segurança, fato esse que pode ser parcialmente explicado uma vez que pacientes com maior número de comorbidades necessitam de cuidados de enfermagem intensificados, assim como maior número de medicações, maior número de solicitações de exames complementares, e geralmente requerem mais procedimentos; logo, são pacientes que estão mais predispostos aos incidentes em geral, destacando-se aí os de comunicação.

Enfim, falhas de comunicação em UTI foram frequentes no nosso estudo. As mais comuns foram aquelas relacionadas às medicações, às dietas e aos processos e procedimentos clínicos. Todas foram do tipo evitáveis, demonstrando que o gestor pode ter papel na prevenção de incidentes de segurança do paciente ao elaborar estratégias para aprimoramento da comunicação entre os atores da UTI.

6 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

A contribuição para a prática deste estudo é representada pela elaboração de um instrumento norteador, como sugestão, para facilitar a comunicação entre a equipe multiprofissional, nos processos de gestão de incidentes de segurança nas UTIs, tendo como proposta um *checklist*, com o objetivo de facilitar a comunicação entre as equipes (conforme modelo na página seguinte).

As conclusões apresentadas poderão também ser utilizadas futuramente pelos gestores de saúde, assim como as contribuições teóricas que poderão ser pesquisadas por se tratar de um assunto complexo e ao mesmo tempo carente de informações para o gestor de saúde.

Considerando a estrutura de classificação internacional da segurança do paciente desenvolvida pela OMS, que apresenta uma padronização na classificação dos incidentes de segurança, agora utilizada nos incidentes associados à comunicação, os resultados observados nesta pesquisa servirá para a disseminação da cultura de segurança do paciente no Brasil, conforme prerrogativa do Ministério da Saúde; poderá servir como fonte para o desenvolvimento de outros projetos de pesquisa, uma vez que todos os instrumentos de coleta de dados empregados neste estudo estão aqui anexados por completo; permitirá que a assistência aos pacientes em estado crítico seja aperfeiçoada, uma vez que sabemos quais as fontes e principais locais que originam os incidentes de segurança relacionados às falhas de comunicação e, por fim, fica a recomendação de que pacientes com outras doenças (comorbidades) sejam especialmente classificados como de “alto risco para incidente de segurança de comunicação” e, com isso, espera-se reduzir ao máximo, ou até mesmo mitigar essa ocorrência nas UTIS, uma vez que todos os incidentes por falha de comunicação aqui documentados foram do tipo evitáveis.

6.1 PROPOSTA DE *CHECKLIST*

<i>Logotipo</i>	PREVENÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA			<i>Etiqueta</i> (Identificação do paciente)
Instituição: _____ Setor: _____ <i>Instruções: preencher para todos os pacientes</i>				
ITENS A SEREM OBSERVADOS	M	T	N	OBSERVAÇÕES
Controles realizados/anotados				
Programação da visita médica				
Medicações checadas				
Procedimento realizado				
Dupla checagem do MAV (medicação de alta vigilância)				
Exames agendados				
Exames realizados				
Dupla checagem de antibióticos				
Charlson/comorbidades				
Dietas administradas/checadas				
Sondas e cateteres identificados				
Data: ____ / ____ / ____ _____ Assinatura				

Figura 14 – Sugestão de *Checklist*
 Fonte: Elaborado pela autora

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2002, fevereiro 5). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União*. Recuperado de Agencia de vigilância Sanitária. Recuperado em 12/07/2014, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html
- Amaral, A., & Rubinfeld, G. (2009). The future of critical care. *Curr Opin Crit Care*, 308-313.
- Andrade, J. S. (2004). A comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. *Acta Paulista de Enfermagem*, 311-315.
- Aragaki, S. S., & Spink, M. J. (2009). Os lugares da Psicologia na educação médica. *Comunicação Saúde Educação*, 13(28), 85-98.
- Beccaria, L. M., Pereira, R. A., Contrin, L., & Trajano, D. H. (2009). Eventos adversos na assistência de enfermagem de uma UTI. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(3), 276-282.
- Borba, V. R., Lisboa, T. C., & Ulhõa, W. M. (2009). Gestão administrativa e financeira de organizações de saúde. São Paulo: *Atlas*.
- Branquinho, N. C., & Silva, A. (2014). Cultura de segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. *Enfermeria Global*, 33(1), 349-361.
- Brasil. (2002, junho 12). Portaria nº 1101/GM. Recuperado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>.
- Canineu, R., Guimarães, H. P., Lopes, R. D., Vendrame, L. S., Júnior, M. A., & Lopes, A. C. (2006, janeiro/março). Iatrogenia em Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18.
- Caron, O. A., & Silva, I. A. (2002, julho/agosto). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10(4), 485-492.

- Carvalho, M. A. (2013). O processo nutricional e a bioética: perspectivas da Teoria Semiótica e Teoria da Auto-organização. *Revista Simbio-logias*, 6(8), 33-40.
- Cassiani, S. H., Freire, C. C., & G, F. (2003). Prescrição médica eletrônica em um hospital universitário: falhas de redação e opiniões de usuários. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 37(4), 51-60.
- Chang, B. L., Lee, J. L., Pearson, M. L., Kahn, K. L., Elliott, M. N., & Rubenstein, L. L. (2005). Evaluating quality of nursing care: The gap between theory and practice. *Journal of Nursing Administration*, 32(7/8), 405 - 418.
- Charlson, M., Pompei, P., Ales, K., & Mackenzie, C. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J.Chronic Dis.*, 40(5), 373-383.
- Coelho, F. A., Nascimento, J. J., Silva, J. L., & Rodrigues, J. L. (2012). A gestão de medicamentos e materiais médicos no resultado financeiro de um hospital público. *The 4th International Congress on University-Industry Cooperation*, Taubaté, SP, Brazil.
- Deming, W. E. (1990). *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva.
- Donabedian, A. (1974). The Numerology of utilization control. *Inquiry*, 11(3), 229-232.
- Dornefeld, D., & Pedro, E. N. (2011). A comunicação como fator de segurança no parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 190-198.
- Fassini, P., & Veronice, G. (2012). Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 290-299.
- Fernandes, H. S., Pulzi Jr., S. A., & Filho, R. C. (2010). Qualidade em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8(1), 37-45.
- Fontaine, D. K., Briggs, L. P., & Pope-Smith, B. (2001). Designing humanistic critical care environments. *Revista Critical Care Nursing Quarterly*, 24(3), 21-34.

- Fortes, P., & Martins, C. (2000). A ética, a humanização e a saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(n.esp), 31-33.
- Gallotti, R. M. (2003). *Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviços de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção*. Tese, Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Gandhi, T. K., Seger, D. L., & Bates, D. W. (2000). Identifying drug safety issues: from research to practice. *International Society for Quality in Health Care and Oxford University Press*, 12, 69-76.
- Gil, A. C. (2007). *Como elaborar projeto de pesquisa* (4a ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.
- GM/MS. (2010). *Manual de tecnovigilância: Abordagem de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil*. Brasília, Brasil.
- GM/MS. (2013, Julho 25). *Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa*. RDC nº 36. Brasília, Brasil.
- Gomes, W., & Souza, M. L. (2003). Evidência e interpretação em pesquisa: as relações em qualidade e quantidades. *Psicologia em Estudo*, 8(2), 83-92.
- Gonçalves, L. A., Andolhe, R., Oliveira, E. M., Barbosa, R. L., Faro, A. C., Gallotti, R. M., & Padilha, K. G. (2012). Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(Esp), 71-77.
- Guimarães, V. A., Hayashi, M. C., & Benze, B. G. (2011, jan/jun). Estratégias metodológicas da pesquisa sobre comunicação científica no campo dos Estudos Sociais da Ciência. *Revista Brasileira da Ciência, Tecnologia e Sociedade*, 2(1), 120-134.
- Günther, H. (2006, mai/ago). Pesquisa qualitativa versus Pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-209.
- Hapem, N., & Pastores, S. (2010). Critical care medicine in the United States 200-2005: na analysis of bet numbers, occupancy rates, payer mix, and cost. *Critical Care Medicine*, 65-71.

- Hiatt, H. H., Brennan, T., Laird, N., Lawthers, A. G., Leape, L. L., Localio, A. R., & Thorp, K. E. (1989). A study of medical injury and medical malpractice. *N. Engl.J. Med*, 321, 480-484.
- Hudak, C. M., & Gallo, B. M. (1997). Efeitos da unidade de terapia intensiva sobre o enfermeiro. In Hudak, C. M., & Gallo, B. M. *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística* (6a ed., pp. 98-109).
- Inaba, L. C., Silva, M. J., & Telles, S. C. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4), 423-429.
- Knobel, E. (2009). *Terapia Intensiva: Enfermagem*, (V., pp.559-563), São Paulo: Atheneu.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. (2000). Errors in the health care: a leading cause of death and injury. To error is human: building a safer health system. Washington DC: Committee on Quality of Health Care in America. *National Academy of Institute of Medicine*, 26-48.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. D. (2010). *Técnicas de Pesquisa. In: Fundamentos de Metodologia Científica*, (V.7, 6ª Ed., pp. 174-214). São Paulo, SP, Brasil: Atlas S.A.
- Leape, L. L., & Berwick, D. M. (2005). Five years after to err is human: What have we learned? *JAMA*, 293(19), 2384-90.
- Leitão, I. M., Oliveira, R. M., Leite, S. S., Sobral, M. C., Figueiredo, S. V., & Cadete, M. C. (2013). Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11(6), 1073-1083.
- Leite, M. A., & Vila, V. S. (Mar./Apr. de 2005). Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva,13(2), 145-50. *Revista Latino Americana em Enfermagem*.
- Lins, B. G., Cazzamalli, F., & Zancanaro, V. (2012). Análise de erros nas prescrições médicas de uma unidade básica de saúde de um município do meio oeste Catarinense. *RIES*, ISSN 2238-832X, 1(2), 62-77.

- Machado, F. O., Silva, F. S., Argente, J. S., & Moritz, R. D. (2006). Avaliação da necessidade da solicitação de exames complementares para pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva de hospital universitário. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18.
- Marques, R., Silva, M., & Maia, F. (2009, jan/mar). Comunicação entre profissionais de saúde e familiares de pacientes de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem da UFRJ*, 17(1), 91-95.
- Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2009). Polo Técnico - Estratégias de Pesquisa. In G. A. Martins, & C. R. Theóphilo, *Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas* (2ª Ed., pp. 37-109). São Paulo, Brasil: Atlas.
- Matsuda L. M., Silva, D., Évora, Y., & Coimbra, J. (2006). Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 415-421.
- Melo, A. B., & Silva, L. D. (2008, março). Segurança na Terapia Medicamentosa: uma revisão bibliográfica. *Escola Anna Nery*, 12(1), 166-72. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100026>.
- Ministério da Saúde. (2013, abril 1º). Portaria nº 529 GM. Institui o Programa Nacional da Segurança do Paciente. Brasil.
- Mota, G., & França, F. (2010). Comunicação não verbal em UTI: validação de um método. *Revista Comunitária Ciência e Saúde*, 21(1), 39-48.
- Moyses, J. F., Kestelman, H. N., Becker, L. C., & Torres, M. C. (2010). *Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde*. Rio de Janeiro: FGV Editora.
- Nascimento, C., Toffoletto, M., Gonçalves, L., Freitas, W. G., & Padilha, K. (2008, junho/agosto). Indicadores de resultados da Assistência. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4).
- Novaretti, M. C., Quitério, L. M., & Gallotti, R. M. (no prelo). Sobrecarga de trabalho de enfermagem relacionada a incidentes e a eventos adversos em pacientes em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

- Nunes, A. L., Koberba, E., Alves, V. G., Abrahão, V., & Correia, M. I. (2011, agosto 2). Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. *Diretrizes Nutricionais*.
- Oliveira, A. B. (1981). *A evolução da medicina até o início do século XX. Em convênio com a Secretaria de Estado da Cultura*. Rio de Janeiro: Livraria Pioneira Editora.
- Oliveira, J. (2009). Gestão sistêmica hospitalar: uma abordagem contextual. In Borba, V. R., Lisboa, T. C., & Ulhoa W. *Gestão administrativa e financeira de organizações de saúde*. São Paulo: Atlas S.A.
- Ordahi, L., Padilha, M., & Souza, L. (2007). Comunicação entre a enfermagem e os clientes impossibilitados de comunicação verbal. *Latino-americana de Enfermagem*, 15(5), 965-72.
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, Lisboa*. Version 1.1. Final Technical Report. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf.
- Paiva, M. C., Paiva, S. A., & Berti, H. W. (2010, junho). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 287-294. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200007.
- Pedrosa, T., & Couto, R. (2007). *Hospital - Acreditação e Gestão Em Saúde* (2a Ed., pp. 193-199). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pinho, L., & Santos, S. (2008). Dialética do cuidado humanizado na UTI: Contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 66-72.
- Portaria GM/MS nº 3432, 12 de agosto de 1998, Diário Oficial da União nº 154. (1998, agosto 12). Estabelece critérios de classificação para a UTI. Brasil.
- Porto, S., Martins, M., Mendes, W., & Travassos, C. (2010). A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais do Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temático* (10), 74-80. Recuperado de <http://proqualis.net/artigo/magnitude-financeira-dos-eventos-adversos-em-hospitais-no-brasil#.VNAVbSvF-So>.

- Queijo, A., & Padilha, K. (2004). Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (NAS). *Revista Paulista de Enfermagem*, 23(2), 114-122.
- Réa, A., Castro, J., Knibel, M., & Oliveira, M. (2010). *Gutis-Guia da UTI Segura*. São Paulo.
- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013, julho). A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, 29(7), 2029-2036. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700021>.
- Ribeiro, C. G., Silva, C. V., & Miranda, M. M. (2005). O paciente em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9(4), 371-377.
- Rodrigues, M. V. (2009). *Ações para a Qualidade*, (3ª Ed., pp.55-261). Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Qualitymark.
- Rodrigues, M. C., Carâp, L. J., El-Warrak, L. O., & Resende, T. B. (2011). *Qualidade e Acreditação em Saúde*, (1ª Ed., pp. 30-66). Rio de Janeiro: FGV.
- Santos, S. R. (2007). *Administração aplicada à enfermagem* (V. 49, 3ª Ed., pp. 177-184). João Pessoa: *Revista da Associação Médica do Brasileira*.
- Scherkenbach, W. (1993). *O caminho de Deming para a melhoria contínua*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Silva, A. B., & Cassiani, S. (2013). Análise prospectiva de risco do processo de administração de medicamentos anti-infecciosos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 21 (spe), 233-241.
- Silva, A. E., & Cassiani, S. H. (2004, nov/dez). Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. *Ver Bras Enferm*, 57(6), 671-4.
- Silva, B. K., Silva, J. S., Gobbo, A. F., & Miasso, A. I. (2007). Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 712-723.

- Silva, J., Pimentel, M., Silva, M., Araújo, R., & Barbosa, M. (2008). Perfil dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. *Revista do Hospital Universitário/Universidade Federal do Maranhão*, 9(2), 37.
- Silva, M. (2004). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Loyola.
- Spink, M., & Medrado, B. (1999). *Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas*. São Paulo: Cortez.
- Stefanelli, M. (1993). *Comunicação com paciente teoria e ensino*. São Paulo: Robe Editorial.
- Teixeira, C., Teixeira, T., Brodt, S., Oliveira, R., & Dexheimer-Neto, F. (2010). A adequada comunicação entre os profissionais médicos reduz a mortalidade no centro de tratamento intensivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 112-117.
- Thiollent, M. (2008). *Metodologia da Pesquisa-Ação*. São Paulo: Cortez.
- Tobias, G. C., Branquinho, A. L., Silva, N. C., & Bauer, A. E. (2014). Cultura de segurança do paciente em instituições de saúde um estudo bibliométrico. *Revista Enfermeria Global*, 349-361.
- Toussint, J., & Gerard, R. (2012). *Uma transformação na saúde: como reduzir custose oferecerem atendimento inovador*. Porto Alegre: Bookman.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-Ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa*, 31(3), 443-466.
- Vergara, S. (2000). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*.
- WHO, W. H. (2009). Quality of care: patient safety. *Report by the Secretariat* (item 13.9).
- Yin, R. K. (2001). Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Em R. K. Yin, *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. (D. Grassi, Trad., 2ª ed., pp. 19-37). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: Bookman.

DATA: ____/____/____

No. IDENTIFICAÇÃO: _____

ENTREVISTADOR: _____ **INTERNADO NA UTI****FOLHA DE ADMISSÃO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO - ETIQUETA**

COMORBIDADES – ESCALA DE CHARLSON MODIFICADA	Ausentes -----0 Presente -----1 a 32
CATEGORIA DIAGNÓSTICA	PESO
Demência	1 ()
Diabetes Mellitus com Complicações Crônicas	1 ()
Diabetes Mellitus Leve ou Moderado	1 ()
Disfunção Hepática	1 ()
Doença Cerebrovascular	1 ()
Doença Pulmonar Crônica	1 ()
Doença Renal	2 ()
Doença Vascular Periférica/Hipertensão	1 ()
Falência Hepática Moderada ou Grave	3 ()
Hemiplegia ou Paraplegia	2 ()
Infarto do Miocárdio	1 ()
Insuficiência Cardíaca Congestiva	1 ()
Neoplasias Malignas, Incluindo Leucemias e Linfomas	2 ()
Patologias Reumatológicas	1 ()
Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida	6 ()
Tumor Sólido Metastático	6 ()
Úlcera Péptica	1 ()

INTERVENÇÕES HOSPITALARES							
TIPO/DATA	--/--- 200_	--/--- 200_	--/--- 200_	--/--- 200_	--/--- 200_	--/--- 200_	--/--- 200_
Marcar o número de ocorrências							
Número de folhas de prescrição abertas nas últimas 24 horas							
Número de medicações e soros prescritos nas últimas 24 horas (todos)							
Transporte para fora da UTI: (exceto alta) número de vezes							
Marcar SIM ou NÃO							
Drogas vasoativas							
Medicação em bomba de infusão							
Reanimação cardiopulmonar							
Desfibrilação							
Cardioversão							
Passagem de marca-passo Transcutâneo/venosos							
Resfriamento							
Aquecimento							
Arteriografia							
Cirurgias							
Aspiração de secreções							
Hemodiálise clássica							
Hemodiálise lenta							
Hemofiltração							
Diálise Peritoneal							
Aféreses							
Drenagens Local							
Broncoscopia							
Endoscopia Digestiva							
Cateter de PAM Local							

Cateter sanguíneo central de curta permanência Lúmen 1 () 2 () 3 ()							
Cateter sanguíneo central de longa permanência Semi-implantável () implantável ()							
Cateter sanguíneo periférico							
Intubação							
Traqueostomia							
Ventilação mecânica							
Ventilação não invasiva BiPAP							
Ventilação não invasiva CPAP							
Cabeceira elevada							
Sonda Nasogástrica ou Sonda Enteral							
Dieta por SNG							
Dieta parenteral							
Albumina							
Crioprecipitado							
Papa de Hemácias							
Plaquetas							
Plasma							
Sangue Total							
Imunoglobulina							
Interferon							
Radioterapia							
Quimioterapia							
Sonda vesical							

INTERCONSULTAS DURANTE A PERMANÊNCIA NA UTI:

CLÍNICA	Data da solicitação	Data da realização da interconsulta	Conduta sugerida	Conduta foi acatada? Sim ou Não	Entrevistador

APÊNDICE – 2

FORMULÁRIO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE EAS

EVENTO ADVERSO - complicação do cuidado que acarretou **LESÃO** no paciente afetado, ou determinou aumento do tempo de internação, ou ocasionou a morte.

INCIDENTE - complicação do cuidado que não acarretou lesão mensurável no paciente afetado.

Hipoglicemia – dextro < 70 mg/dl; GLICEMIA < 60 mg/dl

	DATA	HORÁRIO do evento ou incidente	DESCRIÇÃO	FONTE: PRONTUÁRIO M = med / E = enf O = outros

DATA: ____/____/____

No. IDENTIFICAÇÃO: _____

ENTREVISTADOR: _____

INTERNADO NA UTI CM () PS () PNEUMO ()

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO – ETIQUETA

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DE VISITAS DA ENFERMAGEM REGISTRO DE “PROBLEMAS”

	DATA	HORÁRIO da visita M = manhã N = noite	DESCRIÇÃO

DATA: ____/____/____

No. IDENTIFICAÇÃO: _____

ENTREVISTADOR: _____

INTERNADO NA UTI CM () PS () PNEUMO ()

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO – ETIQUETA

FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO ESPONTÂNEA DE EAS E INCIDENTES

DATA	HORÁRIO do evento ou incidente	DESCRIÇÃO

CATEGORIZAÇÃO DE EVENTO ADVERSO/INCIDENTE

CAUSA IMEDIATA POTENCIAL		/	/	/	/	/	/	/
		200	200	200	200	200	200	200
Preparo e administração de medicações	Horário da medicação não checado							
	Dose ou concentração erradas							
	Medicamento errado							
	Técnica errada							
	Via de administração errada							
	Horário errado							
	Paciente errado							
	Medicamento vencido							
	Apazamento errado							
Úlceras por pressão	Occipital							
	Escapular							
	Sacra							
	Calcâneo							
	Outras							
Administração de dieta	Horário errado							
	Volume errado							
	Via de administração errada							
	Dieta errada							
	Paciente errado							
	Aspiração de alimentos							
	Horário não checado							
Dieta não veio								
Transfusões								
Seguimento da prescrição enfermagem								

CAUSA IMEDIATA POTENCIAL		$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$
Comunicação/interação entre profissionais atritos e discordâncias nas condutas								
Falhas no registro no prontuário	Médico							
	Enfermagem							
	Fisio							
	Fono							
Quedas	Cama							
	Maca							
	Cadeira							
	Própria altura/ incluir durante o transporte							
Arteriografia	-----							
Cateteres sanguíneos Central Lúmen 1 () 2 () 3 () Periférico () PAM () Longa permanência () Semi-implantável () Implantado () Outros ()	Obstrução							
	Retirada não programada pelo próprio paciente							
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem							
	Retirada não programada durante procedimentos médicos							
	Retirada não programada durante transporte							
	Retirada não programada durante RX no leito ou outros exemplos							
	Retirada não programada por manuseio de outros profissionais							
	Desconexão							
	Clampeamento							
	Extravasamento							
	Sangramento							
	Fixação incorreta							
	Pneumotórax							
	Hemodiálise	Cateter						
Procedimento								
Diálise Peritoneal	Cateter							
	Procedimento							

CAUSA IMEDIATA POTENCIAL		<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>
Drenos Tipo: Localização:	Obstrução							
	Retirada não programada pelo próprio paciente							
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem							
	Retirada não programada durante procedimentos médicos							
	Retirada não programada durante transporte							
	Retirada não programada durante RX no leito ou outros exemplos							
	Retirada não programada por manuseio de outros profissionais							
	Desconexão							
	Clampeamento							
	Sangramento							
	Fixação incorreta							
	Tubo endotraqueal Orotraqueal Nasotraqueal Traqueostomia	Obstrução						
Retirada não programada pelo próprio paciente								
Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem								
Retirada não programada durante procedimentos médicos								
Retirada não programada durante transporte								
Retirada não programada durante RX no leito ou outros exemplos								
Retirada não programada por manuseio de outros profissionais								
Desconexão								
Posição Incorreta - Deslocamento								
Fixação incorreta								
Sangramento								
Máscara facial VNI		Retirada não programada pelo próprio paciente						
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem							
	Retirada não programada durante transporte							
	Retirada não programada durante RX no leito ou outros exemplos							
	Retirada não programada por manuseio de outros profissionais							
	Desconexão							

CAUSA IMEDIATA POTENCIAL		<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>
Sonda Orogástrica () Nasogástrica () Gastrotomia () Jejunoscopia ()	Posição incorreta							
	Fixação incorreta							
	Obstrução							
	Retirada não programada pelo próprio paciente							
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem							
	Retirada não programada durante procedimentos médicos							
	Retirada não programada durante transporte							
	Retirada não programada durante RX no leito ou outros exemplos							
	Retirada não programada por manuseio de outros profissionais							
	Posição incorreta - Deslocamento							
	Fixação incorreta							
	Clampeamento							
	Sondagem vesical de demora () Ureterostomia () Cistostomia ()	Obstrução						
Retirada não programada pelo próprio paciente								
Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem								
Retirada não programada durante procedimentos médicos								
Retirada não programada durante transporte								
Retirada não programada durante RX no leito ou outros exemplos								
Retirada não programada por manuseio de outros profissionais								
Mensuração incorreta do débito								
Posição incorreta - Deslocamento								
Fixação incorreta								
Clampeamento								
Sangramento								
Ventilação Mecânica		Desconexão não programada durante procedimentos de enfermagem						
	Desconexão não programada durante procedimentos médicos							
	Desconexão não programada durante transporte							
	Desconexão não programada durante RX no leito ou outros exemplos							
	Desconexão não programada durante por manuseio de outros profissionais							

CAUSA IMEDIATA POTENCIAL		<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>	<u> </u> / <u> </u> 200 <u> </u>
	Alarme não acionado							
	Alarme desconsiderado							
	Problemas na umidificação							
	Enfisema subcutâneo							
	Pneumotórax							
Bomba de infusão	Programação errada							
	Mal funcionamento							
	Alarme não acionado							
	Clampeamento inadvertido							
	Falha integridade do circuito							
	Velocidade de infusão errada							
Monitor	Eletrodos soltos							
	Retirada não programada pelo próprio paciente							
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem							
	Retirada não programada durante procedimentos médicos							
	Desconexão não programada durante RX no leito ou outros exemplos							
	Desconexão não programada durante por manuseio de outros profissionais							
	Retirada não programada durante transporte							
	Alarme não acionado							
	Alarme desconsiderado							
	Mal funcionamento							
		Exame não marcado						
Exames laboratoriais ()	Exame agendado não realizado							
	Solicitação de exame extraviada							
Exames imagem ()	Amostra extraviada antes de dar entrada no laboratório							
	Amostra extraviada após dar entrada no laboratório							
Radioterapia ()	Resultado de exame extraviado							
	Demora na liberação de resultado de exame pelo sistema							
	Identificação trocada							
	Paciente trocado (mudança de leito)							
Transporte	Paciente instável							
	Sem acompanhamento médico							
	Sem acompanhamento da enfermagem							
	Paciente deixado desacompanhado fora da UTI enquanto aguarda ou realiza o exame							
	Não Acompanhamento da gasoterapia							
Cirurgias	Cirurgia não agendada							
	Cirurgia agendada não realizada							
	Falta de sala, falta de anestesista							

CAUSA IMEDIATA POTENCIAL		$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$	$\frac{\quad}{200\quad}$
	Aviso de cirurgia extraviado							
	Complicações intraoperatórias							
	Cirurgia de lado errado, órgão errado, paciente errado							
	Complicações no pós operatório imediato							
	Complicações no pós operatório tardio							
	Complicações relacionadas à sedação/anestesia							
Problemas Administrativos	Medicamentos padronizados em falta							
	Falhas na dispensação da farmácia							
	Equipamentos em falta/não funcionamento							
	Procedimentos suspensos							
	Falta de vagas nas unidades de internação							
	Falha no sistema de informação							
	Hemoderivados em falta							
Falta de dietas especiais ou atraso no envio da dieta para as UTIs								
Seguimento Médico	Falhas no diagnóstico							
	Falhas relacionadas ao tratamento							
	Falhas no controle da dor							
	Falhas relacionadas ao acompanhamento diário e monitoramento							
	Falhas relacionadas ao aquecimento/ resfriamento							
	AVC, IAM, TEP/TVP, Arritmia, Sangramento durante a internação (não sendo as causas da internação na UTI).							
	Problemas relacionados à analgesia/sedação							
	Hipoglicemia							

APÊNDICE – 3

NA “AVALIAÇÃO DIÁRIA”

1 Monitorização e Controles		--/--	--/--	--/--
1a	Sinais vitais horários, cálculo e registro regular do balanço hídrico MENOS DE 2 HORAS .			
1b	Presença à beira do leito e observação contínua ou ativa por 2 ATÉ 4 HORAS (EXCLUSIVE) ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos.			
1c	Presença à beira do leito e observação contínua ou ativa POR 4 HORAS OU MAIS em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.			
2	Investigações laboratoriais: bioquímicas e microbiológicas.			
3	Medicação, exceto drogas vasoativas.			
4	Procedimentos de higiene			
4a	Realização de procedimentos de higiene tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (ex. isolamento) etc. MENOS DE 1 HORA			
4b	Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que 1 HORA ATÉ 2 HORAS (EXCLUSIVE) , em algum plantão.			
4c	Realização de procedimentos de higiene que durem 2 HORAS OU MAIS em algum plantão.			
5	Cuidados com drenos. Todos (exceto sonda gástrica).			
6	Mobilização e posicionamento incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente; transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe (p. ex. paciente imóvel, tração, posição prona).			
6a	Realização do(s) procedimento(s) ATÉ 3 VEZES EM 24 HORAS .			
6b	Realização do(s) procedimento(s) MAIS DO QUE 3 VEZES EM 24 HORAS OU COM 2 ENFERMEIROS em qualquer frequência.			
6c	Realização do(s) procedimento(s) com 3 OU MAIS ENFERMEIROS EM QUALQUER FREQUÊNCIA .			
7	Suporte e cuidados aos familiares e pacientes incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares, sejam aos pacientes, permitem a equipe continuar com outras atividades de enfermagem (ex.: comunicação com o paciente durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando o paciente).			
7a	Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem <u>dedicação exclusiva</u> por ATÉ 1 HORA (INCLUSIVE) em algum plantão tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor			

	e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.			
7b	Suporte e cuidado aos familiares e pacientes que requerem <u>dedicação exclusiva</u> por MAIS DE 1 HORA ou mais em algum plantão, tais como: morte, circunstâncias especiais (ex.: grande número de familiares, problemas de linguagem, familiares hostis).			
8	Tarefas administrativas e gerenciais			
8a	Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO DIRETO AO PACIENTE, passagem de plantão, visitas clínicas) POR MENOS DE 1 HORA.			
8b	Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem <u>dedicação integral</u> por 1 HORA ATÉ 2 HORAS (EXCLUSIVE) em algum plantão tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.			
8c	Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem <u>dedicação integral</u> por 2 HORAS OU MAIS em algum plantão tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.			
9	Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (e.g. CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.			
10	Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.			
11	Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.			
12	Medicação vasoativa, independentemente do tipo e dose.			
13	Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos MAIOR OU IGUAL A 4,5L DE REPOSIÇÃO EXTRA ALÉM DO SORO DE MANUTENÇÃO , independentemente do tipo de fluido administrado.			
14	Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida do débito cardíaco.			
15	Reanimação cardiorrespiratória nas últimas 24 horas (excluído soco precordial).			
16	Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas. EXCETO HEMO LENTA.			
17	Medida quantitativa do débito urinário (ex.: por sonda vesical de demora).			
18	Medida da pressão intracraniana.			
19	Tratamento da acidose/alcalose metabólica complicada. ADMINISTRAÇÃO DE BICARBONATO DE SÓDIO POR VIA INTRAVENOSA PARA CORRIGIR ACIDOSE METABÓLICA.			
20	Nutrição Parenteral Total			
21	Alimentação enteral por sonda gástrica ou outra via gastrointestinal (p. ex. jejum ostomia).			

22	Intervenção(ões) específica(s) na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, AFERESSES, RESFRIAMENTO, AQUECIMENTO, inserção de marca-passo, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência nas últimas 24 horas, lavagem gástrica. Não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: radiografias, ecografias, eletrocardiogramas, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais.			
23	Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.			

Os subitens dos itens 1,4, 6, 7 e 8 são mutuamente exclusivos

Data E=Escalados A=Ausentes R=Remanejados (+ ou -)		____/____			____/____			____/____			____/____		
Plantão	Equipe de Enfermagem	E	A	R	E	A	R	E	A	R	E	A	R
Manhã (7-13h)	Enfermeira Administrativa												
	Enfermeira Assistencial												
	Auxiliar de Enfermagem												
	Outros												
Total de pacientes por plantão													
Tarde (13-19h)	Enfermeira Administrativa												
	Enfermeira Assistencial												
	Auxiliar de Enfermagem												
	Outros												
Total de pacientes por plantão													
Noite (19-7h)	Enfermeira Administrativa												
	Enfermeira Assistencial												
	Auxiliar de Enfermagem												
	Outros												
Total de pacientes por plantão													

ANEXO



Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Ao

Departamento de Clínica Médica

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa-CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU / TOMOU CIÊNCIA** na sessão datada de 28/01/2015 a execução do subprojeto intitulado **"Eventos Adversos causados por Falhas Gerenciais de Comunicação em Unidade de Terapia Intensiva"**, que será **dissertação de mestrado** da aluna **Lígia Maria Quitério**, tendo como orientadora a Profa. Dra. Márcia Cristina Zago Novaretti.

O referido projeto faz parte do **Protocolo de Pesquisa nº 0279/07**, intitulado **"SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE DOIS HOSPITAIS BRASILEIROS UNIVERSITÁRIOS"**, aprovado por esta CAPPesq em 09.05.2007.

CAPPesq, 28 de Janeiro de 2015

Prof. Dr. Alfredo José Mansur
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa – CAPPesq