

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS ESCOLA DE
ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

HÍLCIDES FERNANDA FERRARI ALLUCCI

**Eventos adversos associados ao processo de comunicação em
serviços hospitalares: a percepção de profissionais da saúde**

SÃO PAULO
2021

HÍLCIDES FERNANDA FERRARI ALLUCCI

Eventos adversos associados ao processo de comunicação em serviços hospitalares: a percepção de profissionais da saúde

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Laura Maria César Schiesari

SÃO PAULO
2021

Allucci, Hílides Fernanda Ferrari.

Eventos adversos associados ao processo de comunicação em serviços hospitalares: a percepção de profissionais da saúde / Hílides Fernanda Ferrari Allucci. - 2021.

119 f.

Orientador: Laura Maria Cesar Schiesari.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Comunicação. 2. Comunicação nas organizações. 3. Assistência hospitalar. 4. Pacientes - Medidas de segurança. I. Schiesari, Laura Maria Cesar. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 65.012.45

HÍLCIDES FERNANDA FERRARI ALLUCCI

Eventos adversos associados ao processo de comunicação em serviços hospitalares: a percepção de profissionais da saúde

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Laura Maria César Schiesari

Data de Aprovação

____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Laura Maria César Schiesari
FGV-EAESP

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Malik
FGV-EAESP

Prof.^a Dr.^a Marta Maria Melleiro
EEUSP

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que em sua infinita e brutal bondade me concede vida, esta persistente vida!

Gostaria de retribuir com meu afeto, respeito e gratidão a compreensão e ajuda carinhosa que me foram doadas durante esta pesquisa por familiares, amigos e colegas.

Aos meus professores, mestres de vocação, que me ensinam e inspiram com naturalidade e disposição, se mostrando incansáveis, resilientes e esperançosos, dedico um breve trecho do livro *Pedagogia da Autonomia* (Paulo Freire, 1996) que diz:

“... a prática educativa tem de ser, em si, um testemunho rigoroso de decência e de pureza. Uma crítica permanente aos desvios fáceis com que somos tentados, às vezes ou quase sempre, a deixar as dificuldades que caminhos verdadeiros podem nos colocar.”

À Prof^a. Dr^a Ana Maria Malik, tão rigorosa, tão competente, tão humana e tão doce... pelas palavras sucintas, sinceras e precisas que, incontestavelmente, me trouxeram até aqui.

Um agradecimento especial à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Laura Maria César Schiesari, pelo profissionalismo, serenidade e constância em me instruir auxiliando a germinação de ideias e oferecendo luz durante esta trajetória. Uma boa e paciente ouvinte de minhas dúvidas e angústias, muito obrigada.

À Prof^a. Dr^a. (amiga) Gisele Jordão e ao amigo Leonardo Birche, pela generosidade em ceder seus tempos e compartilharem conhecimento em conversas esclarecedoras e divertidas.

Aos colegas de turma, responsáveis por tornarem a jornada mais leve e divertida, agregando valor às discussões e contribuindo com minha jornada de aprendiz.

À organização que aceitou ceder o campo para a investigação, à equipe corporativa da área de Qualidade e Segurança do Paciente, e aos responsáveis pelos respectivos hospitais e profissionais envolvidos, agradeço a prontidão e amabilidade com que sempre me atenderam.

Aos médicos e enfermeiros convidados, que disponibilizaram seu tempo, por vezes fora do horário de trabalho, doando horas de folga e descanso, num período marcado por exaustiva jornada de trabalho e enfrentamento de novos desafios e medos provocados pela pandemia do Covid-19. Lembro-me de cada um com admiração e estima. Vocês auxiliaram no desenvolvimento de conhecimento.

Ao meu irmão Herbert, genial. À Renata, minha cunhada, mãe e avó de meus amados filhos e neto, pelas correções e críticas generosas. E Adriana, companheira sempre.

RESUMO

A temática da segurança do paciente ganhou robustez e relevância em todo o mundo, em especial nas últimas duas décadas, favorecidas pelas produções científicas, debates e divulgações em incontáveis fóruns e criação de agendas por órgãos mundiais. Erros e falhas acontecem com frequência em serviços de saúde e a comunicação se mostra como uma das principais causas de incidentes, estando associada a maior tempo de internação hospitalar, retardos em tratamentos, readmissões, eventos adversos e mortes. Esta investigação buscou analisar aspectos da comunicação na prática assistencial hospitalar que podem determinar a ocorrência de eventos adversos graves. Para tal, foi utilizada uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, por meio de análise documental e realização de entrevistas com profissionais da saúde que prestam assistência direta a pacientes internados. Os resultados evidenciaram que a disponibilização de recursos que estruturam a troca de informações entre profissionais, como protocolos e instrumentos de checagem e organização da informação favorecem a efetividade da comunicação, mas não se mostram suficientes para afastar riscos. A aderência e utilização correta destas ferramentas dependem de fatores com graus de subjetividade variáveis, como conhecimento, treinamento, sentimentos e crenças. As relações de poder, a autoestima e a confiança impactam o processo de comunicação e a oferta do cuidado seguro.

Palavras-chave: comunicação; comunicação em saúde; eventos adversos; segurança do paciente

ABSTRACT

The theme of patient safety has gained strength and relevance throughout the world, especially in the last two decades, favored by scientific production, debates and dissemination in countless forums and the creation of agendas by world bodies. Errors and failures happen frequently in health services and communication is one of the main causes of incidents, being associated with longer hospital stays, delays in treatments, readmissions, adverse events and deaths. This investigation aimed to analyze aspects of communication in hospital care practice that can determine the occurrence of serious adverse events. For this, a qualitative, exploratory and descriptive approach was used, through documentary analysis and interviews with health professionals who provide direct care to hospitalized patients. The results showed that the provision of resources that structure the exchange of information between professionals, such as protocols and instruments for checking and organizing information, favor the effectiveness of communication, but are not sufficient to rule out risks. Adherence and correct use of these tools depend on factors with varying degrees of subjectivity, such as knowledge, training, feelings and beliefs. Power relations, self-esteem and trust impact the communication process and the provision of safe care.

Keywords: communication; health communication; adverse events; patient safety

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Incidentes

Figura 2 - Classificação Internacional de Segurança do Paciente

Figura 3 - Estrutura para um cuidado seguro, confiável e eficaz

Figura 4 - O Processo de Comunicação

Figura 5 - Estrutura de Comunicação

Figura 6 - Repertório

Figura 7 - Comunicação Integrada

Figura 8 - Fonte de dados

Figura 9 - Fatores de Equipe

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - As dimensões da qualidade

Quadro 2 - Grau do Dano

Quadro 3 - Tipo de Incidente

Quadro 4 - Subculturas de segurança

Quadro 5 - Categoria de evento adverso grave (EAG)

Quadro 6 - Tipo de evento adverso grave (EAG)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Categorização dos Hospitais do Grupo

Tabela 2 - Distribuição das Notificações de EAG por Hospital, Mortalidade e Sexo

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pesquisa de Cultura da Segurança - Dimensões com maior percentual de ‘
respostas positivas

Gráfico 2 - Pesquisa de Cultura da Segurança - Dimensões com menor percentual
de respostas positivas

Gráfico 3 - Mortalidade por Gênero

Gráfico 4 - Distribuição de EAG por Localidade e Mortes

Gráfico 5 - Distribuição dos EAG por Categoria

Gráfico 6 - Distribuição dos EAG por Tipo

Gráfico 7 - Eventos Adversos Graves

Gráfico 8 - Mortalidade dos EAG

Gráfico 9 -Problemas de Comunicação

Gráfico 10 - Tipos de Problemas de Comunicação

Gráfico 11 - Distribuição dos EAG com ACR e EAG relacionados à problemas de
comunicação, por Localidade e Mortes

Gráfico 12 - Distribuição dos EAG com ACR e EAG relacionados à problemas de
comunicação, por Tipo e Mortes

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

ACR	Análise de Causa Raiz
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CC	Centro Cirúrgico
CDI	Centro de Diagnóstico por Imagem
CEPH	Comitê de Conformidade Ética e Pesquisa em Seres Humanos
CISP	Classificação Internacional de Segurança do Paciente
CO	Centro Obstétrico
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EA	Evento Adverso
EAG	Evento Adverso Grave
EBSCO	Elton B. Stephens Company
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FGV	Fundação Getulio Vargas
HMPS	The Harvard Medical Practice Study
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture
IBSP	Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IOM	Institute of Medicine
JCAHO	Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
MIFS	The Medical Insurance Fiasibility Study
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NHS	National Healthcare System
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
OACs	Organizações de Alta Confiabilidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento

PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RCAs	Root Cause Analysis
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SBAR	Situation, Background, Assessment e Recommendation
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SNI	Sistemas de Notificação de Incidentes
SRH	Safe & Reliable Healthcare
SUS	Sistema Único de Saúde
UI	Unidade de Internação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Segurança do paciente	15
2.2 Notificação de incidentes	22
2.3 Gestão de risco	26
2.4 Métodos de investigação e ferramentas de análise de incidentes	27
2.5 Cultura de segurança	29
2.6 Comunicação	34
2.7 Comunicação nas organizações	40
2.7.1 Comunicação interna	43
2.8 Comunicação, organizações de saúde e segurança do paciente	44
2.8.1 Comunicação interprofissional	46
2.8.2 Recursos de comunicação	48
3 OBJETIVOS	52
3.1 Objetivo geral	52
3.2 Objetivos específicos	52
4 PERCURSO METODOLÓGICO	53
4.1 Estratégias de pesquisa	53
4.2 Caracterização da organização	54
4.3 Etapas da pesquisa	57
4.3.1 Levantamento bibliográfico	57
4.3.2 Aspectos éticos	57
4.3.3 Coleta de dados	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
5.1 A comunicação no contexto organizacional pesquisado	62
5.1.1 A pesquisa de Cultura de Segurança	66
5.1.2 As notificações de eventos adversos graves	71
5.2 Os fatores que influenciaram os atos de comunicação	93
5.3 Perspectivas para melhores práticas de comunicação	96
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
6.1 Limitações e estudos futuros	99
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS	110
ANEXO I - PROTOCOLO DE LONDRES	111
ANEXO II - FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE EAG	112

1 INTRODUÇÃO

O erro assistencial é determinado como a terceira causa de morte nos EUA, depois de doenças cardiovasculares e câncer, conforme estudo publicado no *British Medical Journal* em maio de 2016. Segundo o site do Instituto Brasileiro para Segurança do paciente, o referido estudo evidenciou que os erros se distribuem em todos os tipos de eventos adversos, da má prática médica a problemas sistêmicos como falhas na comunicação (IBSP, 2016). Junto às perdas de vidas estão centenas de milhares de pacientes que apresentam incapacitações permanentes decorrentes do cuidado à saúde, além de expressivo impacto nos gastos hospitalares.

A gravidade dos eventos adversos relacionados à assistência é de tal grandeza e impacto social que ganhou, principalmente no início deste século, destaque e interesse de toda a comunidade acadêmica, incluindo a do Brasil. Tema de relevância para saúde pública global, os problemas de segurança do paciente se mostram relacionados a uma ampla gama de fatores. Nas últimas décadas, a complexidade do contexto da saúde, com a transição demográfica e epidemiológica, a ampliação do acesso aos serviços, bem como a expansão dos mesmos, os avanços tecnológicos, inclusive dos sistemas de informação estão promovendo mudanças radicais no mercado da saúde. Ganhos em expectativa de vida se contrapõem aos riscos elevados comuns a sistemas complexos como organizações de saúde, nos quais a ocorrência de eventos adversos resulta de uma sequência de fatores relacionados à prática, processos, insumos ou sistemas (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Diante da excessiva quantidade de elementos subjacentes às falhas de segurança, explorar o ambiente do cuidado em busca de fatores, condições e comportamentos que possam contribuir para o cuidado inseguro é necessário e valioso para a prevenção, monitorização e mitigação de incidentes, além de possibilitar a promoção de sinergia dos processos de trabalho e melhorias para uma dinâmica assistencial mais segura.

A comunicação está associada à segurança do paciente, bem como à qualidade dos serviços de saúde, podendo contribuir com um cuidado menos fragmentado (ARAÚJO et al., 2017). Instituída como a segunda meta internacional, melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde é um dos seis desafios propostos pela OMS à segurança do paciente. A comunicação ineficaz é a causa raiz mais comum de eventos adversos provenientes do cuidado ao paciente, segundo *The Joint Commission*, devendo ser considerada uma competência central a profissionais de saúde (AARONSON, 2017).

Processos de comunicação ocorrem ininterruptamente entre os indivíduos que atuam no campo hospitalar, compreendendo profissionais, pacientes e familiares, com necessidades

frequentes de trocar informações por variados meios, ferramentas ou instrumentos estruturados de comunicação que procuram suportar o continuum do cuidado, num contexto de prestação de serviços marcado pelo trabalho em equipe. São processos complexos e dinâmicos que, no contexto da assistência à saúde, ganham singularidade pela relevância à segurança do paciente dada a característica multidisciplinar inerente ao cuidado em saúde. Os registros em prontuário, a prescrição médica, transferência entre setores, passagens de plantão, comunicação sobre alterações do estado do paciente ou na conduta terapêutica são sublinhados como elementos que dificultam uma comunicação clara e objetiva, despontando como fatores determinantes na ocorrência dos eventos adversos (CORNETT; KUZIEWSKY, 2018).

A presente pesquisa tem como objetivo conhecer e explorar fenômenos da comunicação que desencadeiam danos a pacientes internados em serviços hospitalares, mostrando como certas iniciativas podem contribuir para uma comunicação eficaz. A investigação irá explorar os atos comunicativos entre médicos e enfermeiros, na dinâmica do processo assistencial.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão abordados os referenciais teóricos que nortearam a investigação e deram consistência à toda a pesquisa.

Por meio de abrangente revisão bibliográfica, buscou-se verificar o que já foi publicado sobre o tema, acessando trabalhos relacionados à segurança do paciente; cultura da segurança; notificações de incidentes; métodos de investigação e ferramentas de análise de incidentes; gestão de risco; comunicação; comunicação nas organizações; comunicação interna; comunicação, organizações de saúde e segurança do paciente; comunicação interprofissional; e recursos de comunicação no ambiente hospitalar.

2.1 Segurança do paciente

A prática do cuidado seguro é uma meta permanente, além de compromisso ético de organizações de saúde que prestam assistência. Dada a magnitude dos incidentes e prejuízos causados a pacientes, familiares e membros da equipe profissional, que em diferentes graus experimentam efeitos negativos dos danos consequentes da prática insegura de cuidados em saúde, representa um desafio aos prestadores de serviços e mobiliza globalmente entidades governamentais e privadas, organismos internacionais e locais, gestores e profissionais de diferentes disciplinas na procura por estratégias que possam assegurar uma assistência em saúde isenta de agravos desnecessários.

Segurança do paciente é assimilada como o resultado de medidas que visam a prevenção ou mitigação dos danos associados ao processo assistencial. Embora tenha ganhado relevância mundial nas últimas duas décadas, inquietações relacionadas a danos causados pela prática médica foram registradas antes da era cristã. Precedendo Hipócrates (460 -377 a.c.), considerado o pai da medicina, que proferiu o princípio de *Primum Non Nocere*, algumas civilizações orientais estavam direcionadas por códigos que previam a responsabilização, e até punições severas, quando os cuidados médicos determinavam resultados indesejados (MOURA, 2018).

Ao longo da história, muitos personagens contribuíram para a melhoria na assistência à saúde como a enfermeira Florence Nightingale, o obstetra húngaro Ignaz Semmelweis e o médico Avedis Donabedian, por exemplo. Semmelweis instituiu, em 1846, a lavagem das mãos como prática preventiva às infecções, mesma época em que Florence empregou um conjunto de ações de melhoria no atendimento a feridos na Guerra da Criméia, reduzindo a taxa de mortalidade de 42,7% para 2,2% (MOURA, 2018). As bases conceituais propostas por Donabedian, no século XX, que apresentaram os resultados como um produto das condições

de estrutura e processos oferecidos por uma organização, influenciaram o desenvolvimento de pensamentos sobre a qualidade em saúde. Os avanços em tecnologia, o aumento da acessibilidade aos serviços de saúde e a facilitada disseminação da informação em saúde alcançadas nas últimas décadas são fatores elementares à redução da mortalidade e ao fenômeno da transição demográfica, contrastando com elevados riscos próprios a sistemas complexos, justificando a expressiva preocupação com a segurança no âmbito dos serviços de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Ultrapassando séculos, a temática que envolve segurança do paciente está presente em diversos estudos. Milagres (2015) destaca dois deles, o do cirurgião americano Ernest Codman, que, em 1911, investigou casos de pacientes vítimas de falhas decorrentes do tratamento a que foram submetidos, e o realizado pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, de 1918, que revelou a prevalência e evitabilidade de iatrogenias médicas.

A busca por evidências da ocorrência de eventos adversos por meio de análise retrospectiva de prontuários foi apresentada num estudo realizado em 1974, por um grupo de médicos legistas da Califórnia, *The Medical Insurance Feasibility Study (MIFS)*, que revelou a incidência de 4,65% de eventos adversos em hospitais, públicos e privados, da região. Posteriormente, a importante publicação do *The Harvard Medical Practice Study (HMPS)*, reconhecido por muitos como a primeira literatura médica do século XX a estabelecer padrões para medir a ocorrência de eventos adversos (MENDES et al., 2005), impactou a comunidade americana à época, apresentando a incidência de 3,7% de eventos adversos em hospitais do estado de Nova York (MILAGRES, 2015).

O século XX culminou com a publicação do livro *To err is human: Building a Safer Health System*, do *Institute of Medicine (IOM)* em 1999, que revelou uma alarmante estimativa do número de mortes decorrentes de erros médicos nos Estados Unidos e foi responsável por impulsionar um esforço sistemático, de vários países e organizações, para melhorar a segurança do paciente. O estudo estimou a morte de cerca de 44.000 a 98.000 americanos ao ano, vítimas de erros médicos (DUARTE et al., 2015). No ano de 2001, o IOM produziu uma nova obra intitulada *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* onde, ao definir qualidade em saúde, propõe segurança como uma de suas dimensões, obtendo rapidamente uma ampla adesão da comunidade internacional (DE DEUS, 2016). Um estudo mais recente estimou que de 210.000 a mais de 400.000 americanos morrem anualmente vítimas de danos causados pela assistência à saúde (JAMES, 2013).

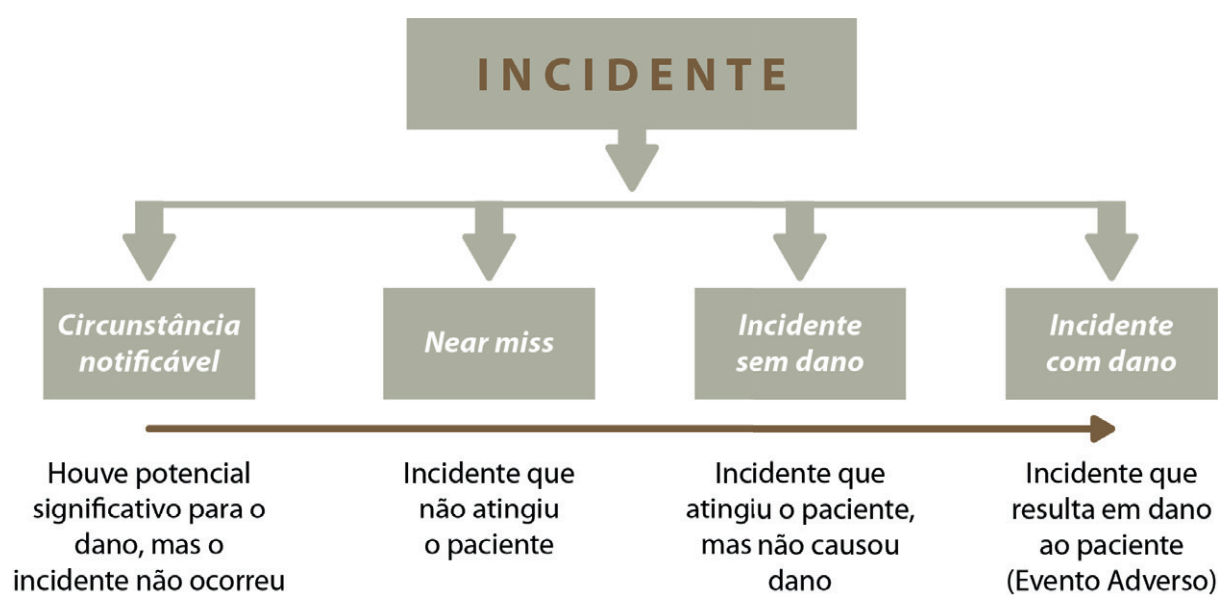
Outros autores atribuem a estes trabalhos a adoção de diversas iniciativas e medidas nacionais em diferentes partes do mundo como Reino Unido, Canadá, EUA, Dinamarca

e Austrália, que tiveram a finalidade de reduzir resultados indesejáveis, implementar ações preventivas e promover a cultura de segurança do paciente, que se tornou um compromisso na agenda de órgãos internacionais (MOURA, 2018; FURINI, 2019).

A *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, organização americana líder em apoiar pesquisas que contribuem com a redução das falhas em saúde, explica que em ambos estudos, o californiano (MIFS) e o novaiorquino (HMPS), não foi utilizado o termo evento adverso, embora tenham buscado identificar incapacidades em pacientes causadas pelo cuidado de saúde quantificando a incidência do que chamavam de danos iatrogênicos. Para a Agência, uma definição que se aproxima da proposta dos pesquisadores do *Harvard Medical Practice Study* é a apresentada pelo *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, que considera o evento adverso como uma lesão física não intencional, resultante da assistência médica, que requer monitoramento, tratamento e/ou hospitalização adicionais, podendo causar até a morte do paciente. Reconhecendo que existem EA evitáveis e não evitáveis, definem os evitáveis como aqueles que poderiam ter sido impedidos por qualquer recurso disponível até o momento e aceito como tratamento padrão, ficando abaixo dos parâmetros esperados (AHRQ, 2019).

De acordo com a OMS (2009), incidente é o evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Consequentemente, o cuidado seguro é aquele que não produz nenhum dano potencial ou prescindível ao paciente. A figura 1 apresenta esquematicamente os tipos de incidente.

Figura 1 - Incidentes



Fonte: Proqualis (2012)

Dano implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou sofrimento daí resultante, podendo ser físico, social ou psicológico, incluindo lesão, doença, incapacidade ou morte. Incidentes decorrentes da assistência, que causam danos ao paciente, são classificados como eventos adversos (SHERMAN et al., 2009).

Alcançar um cuidado seguro é uma das partes de uma busca mais abrangente, que é conseguir um cuidado de alta qualidade em suas várias dimensões, como estabelecido pelo IOM, que apresenta uma das mais influentes estruturas analíticas para avaliação da qualidade segundo a AHRQ (2018). Neste contexto, os serviços de saúde devem priorizar a segurança do paciente e as outras dimensões, para que melhores resultados sejam alcançados.

Quadro 1- As dimensões da qualidade

Segurança do paciente	evitar lesões aos pacientes decorrentes do cuidado a eles destinado
Efetividade do cuidado	fornecer serviços com base no conhecimento científico, evitando a subutilização e o uso excessivo
Cuidado centrado no paciente	fornecer cuidados que respeitem e respondam às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes
Cuidado oportuno	reduzindo esperas e, às vezes, atrasos prejudiciais, tanto para quem recebe como para quem presta atendimento
Eficiência	evitar qualquer tipo de desperdício
Equidade	prestação de cuidados que não variam em qualidade devido a características pessoais, como sexo, etnia, localização geográfica e nível socioeconômico

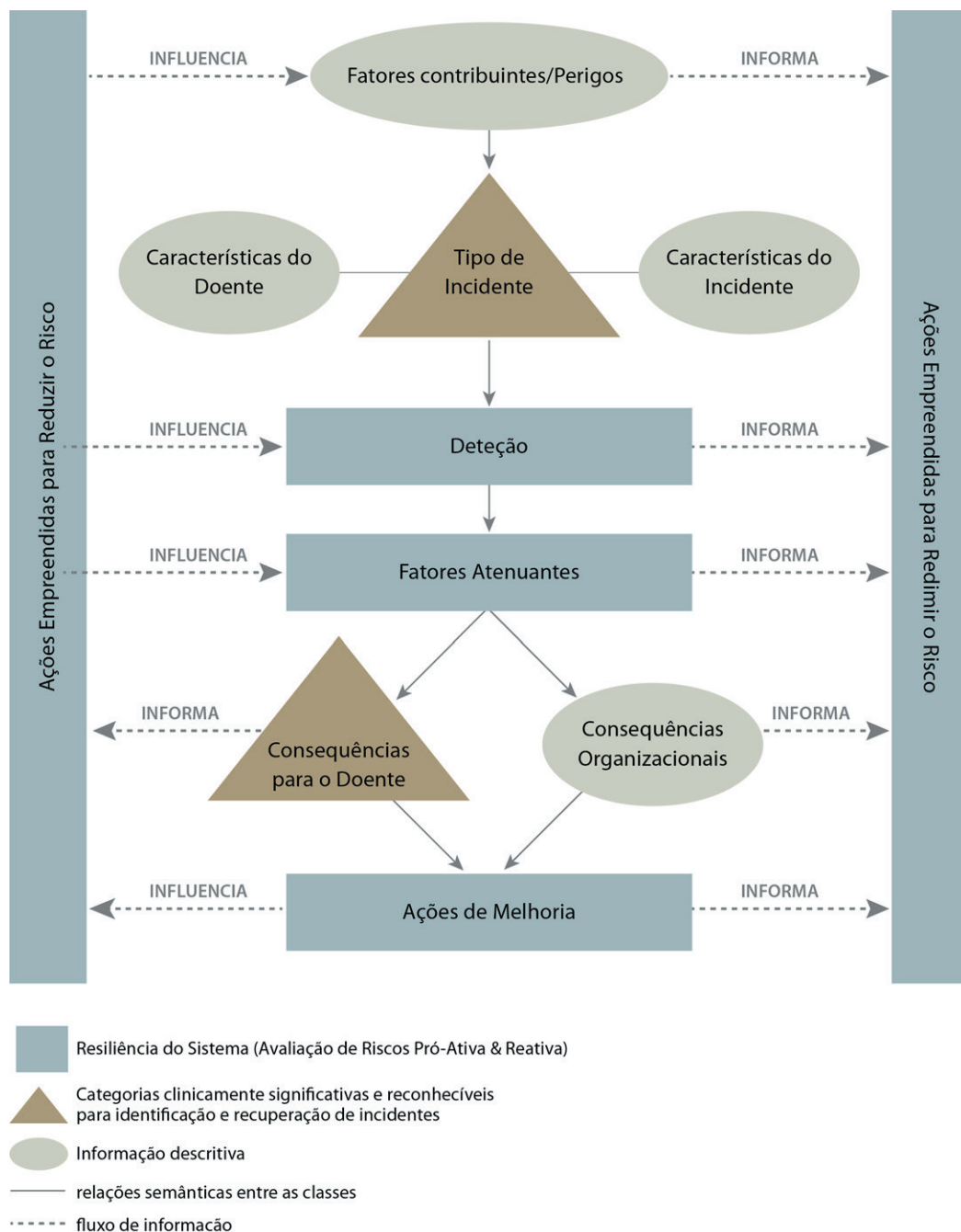
Fonte: *Institute of Medicine* (U.S.A.), 2001 - tradução da autora

A *World Health Organization (WHO)*, atestando a grandeza do problema no nível global, instituiu, em 2004, a *World Alliance for Patient Safety*, atualmente conhecida como *WHO - Patient Safety*, a fim de definir e estabelecer prioridades no campo da segurança do paciente (ZAMBOM, 2014).

Em vigor desde 2005, as metas internacionais de segurança do paciente, desenvolvidas pela OMS com a colaboração da *Joint Commission International (JCI)*, reúnem as situações consideradas de maior risco aos pacientes, norteadas os serviços de saúde para adoção de programas e práticas seguras. As metas integram: 1) identificação dos pacientes; 2) a comunicação entre profissionais de saúde; 3) segurança medicamentosa; 4) práticas cirúrgicas no local correto; 5) Reduzir o risco de infecções; e 6) Reduzir quedas (ANVISA, 2017).

Buscando fornecer uma compreensão razoável da ampla gama de conceitos utilizados na abordagem da segurança do paciente, a Aliança desenvolveu uma taxonomia que oferece conceitos chave organizados por classe, que auxiliam o entendimento universal da segurança do paciente (WHO, 2009). O presente trabalho segue a estrutura conceitual apresentada pela Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP) apresentada a seguir:

Figura 2 - Classificação Internacional de Segurança do Paciente



Fonte: Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011, p. 7)

Cabe ressaltar que a classe “consequências para o doente”, reúne conceitos relacionados ao impacto do incidente sobre o doente, e podem ser classificados conforme o tipo de dano, grau de dano e qualquer perturbação social e/ou econômica. A gravidade do dano é apresentada no quadro 2.

Quadro 2 - Grau do Dano

Nenhum	Nenhum sintoma, ou nenhum sintoma detectado e não foi necessário nenhum tratamento.
Leve	Sintomas leves, perda de função ou danos mínimos ou moderados, mas com duração rápida, e apenas intervenções mínimas sendo necessárias (ex.: observação extra, investigação, revisão de tratamento, tratamento leve).
Moderado	Paciente sintomático, com necessidade de intervenção (ex.: procedimento terapêutico adicional, tratamento adicional), com aumento do tempo de internação, com dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
Grave	Paciente sintomático, necessidade de intervenção para suporte de vida, ou intervenção clínica/cirúrgica de grande porte, causando diminuição da expectativa de vida, com grande dano ou perda de função permanente ou de longo prazo.
Mortes	Dentro das probabilidades, em curto prazo o evento causou ou acelerou a morte.

Fonte: Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011, p. 17)

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária aderiu às ações prescritas pela Aliança Mundial, da qual o Brasil faz parte, integrando-as a seus objetivos e aderindo aos desafios globais propostos como a promoção das campanhas “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura” em 2005, e “Cirurgia Segura Salva Vidas” em 2008 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2015). No entanto, a Anvisa trata da temática da segurança do paciente desde 2002, com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, que contava com a participação voluntária de estabelecimentos de saúde tendo como finalidade estimular a notificação de eventos adversos e queixas técnicas referentes à hemovigilância, medicamentos e dispositivos (DUARTE et al., 2015).

Medidas nacionais visando a segurança do paciente foram instituídas por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63, de novembro de 2011, que ditou as Boas Práticas de Funcionamento de serviços de saúde direcionadas ao Gerenciamento da Qualidade e Ações para a Segurança do Paciente (BRASIL, 2011). As ações para a qualificação do cuidado em saúde, de acordo com a prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de saúde na agenda política dos estados-membros da OMS, foram intensificadas no país com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial de Saúde condensou algumas informações que delineiam a dimensão do problema da segurança do paciente, tratada como uma preocupação global de saúde pública. Comparada aos riscos na área da aviação civil, onde a chance é de 1 em 1 milhão de que uma pessoa sofra um dano em decorrência de um acidente aéreo, a chance de que um paciente sofra algum dano é de 1 em 300 enquanto recebe cuidados de saúde. Segundo a OMS, fatores humanos como fadiga, número insuficiente de profissionais, condições inadequadas de trabalho e interrupções nas atividades laborais podem determinar práticas inseguras e causar danos graves, incapacidade ou até mesmo a morte do paciente (WHO, 2019).

O estudo de Biasibetti et al. (2019) evidenciou que fatores relacionados à comunicação podem levar a um desfecho desfavorável na assistência ao paciente, principalmente no ambiente hospitalar que comporta os procedimentos diagnósticos e terapêuticos de maior complexidade. Cancelamento de procedimentos como cirurgias e exames, falhas na dieta ou na administração medicamentosa, aumento no tempo de hospitalização e intervenções desnecessárias são alguns dos resultados indesejados.

Para Pena e Melleiro (2018), a probabilidade de um evento adverso determinar uma morte é 40 vezes maior do que em um acidente automobilístico. As autoras também se referiram as falhas de comunicação ou a comunicação ineficaz como fatores determinantes para ocorrência de danos ao paciente, comumente relacionadas às trocas de informações durante o processo de transição do cuidado e mudanças de turno, por exemplo.

A comunicação é um determinante tanto para a segurança do paciente como para a qualidade dos serviços de saúde. Instituída como a segunda meta internacional, melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde é um dos seis desafios estabelecidos pela OMS à segurança do paciente. A comunicação ineficaz foi encontrada frequentemente como causa raiz, dentre outros fatores contribuintes, nos relatos de eventos adversos provenientes do cuidado ao paciente, segundo relatório da The Joint Commission (2016).

Um estudo americano apontou um gasto anual de US \$12 bilhões em indenizações a pacientes e/ou familiares, devido a processos relacionados à ineficiência da comunicação (TURNER et al., 2018, apud ROBINSON, 2020). Os pesquisadores afirmam que a falta de comunicação entre médicos e enfermeiros coloca os pacientes em risco, e sugerem esforços para o ensinamento de práticas de comunicação, bem como provocar na equipe a reflexão sobre o próprio comportamento durante as interações interprofissionais.

Vincent (2011) acredita que abordar a segurança do paciente é muito mais do que focar nos erros, justificando que o foco deve estar sobre os danos, uma vez que dano é o que mais preocupa o paciente; nem todo dano é resultado de um erro, e muitos erros não determinam

danos. Para ele, segurança do paciente é evitar, prevenir e amenizar os danos decorrentes de cuidados em saúde, e as recomendações de profissionais e órgãos governamentais são relevantes para tornarem o tema emergente, destacando que todos os sistemas de notificação fornecem feedback que podem aumentar a segurança do paciente.

Trazer a relevância do dano e atuar na implantação de ações que diminuam o sofrimento humano derivado do cuidado são princípios fundamentais à segurança do paciente, que desponta como conteúdo em ascensão, fazendo valer a mobilização de organismos internacionais, instituições, gestores e profissionais em todo o mundo.

2.2 Notificação de incidentes

O Ministério da Saúde, em conjunto com a Anvisa, criou, no ano de 2009, o NOTIVISA - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária, numa iniciativa estratégica para reforçar a atuação da Rede Sentinela e fomentar a notificação espontânea de EA e queixas relacionadas a produtos médico hospitalares e medicamentos, estimulando profissionais de saúde a desenvolverem a cultura da notificação (COSTA, 2018).

Capucho e Cassiani (2013) propuseram uma reflexão acerca da implementação de um sistema nacional de notificações, assim que o PNSP foi lançado no Brasil, reconhecendo sua relevância como alicerce à cultura de segurança do paciente e prevendo seu impacto na qualificação da assistência e direcionamento sistemático de estratégias para a gestão de riscos. A notificação é um instrumento eficiente na extração de informações, que serão os subsídios para a tomada de decisão e realização de intervenções na assistência que promovam melhorias para um cuidado seguro. As análises e avaliações de incidentes devem gerar propostas que qualifiquem os resultados assistenciais para os pacientes, mitigando riscos e reduzindo desfechos indesejáveis.

Programas institucionais de notificação de incidentes e eventos adversos comumente apresentam dois objetivos principais: o primeiro, identificar os fatores contribuintes e o segundo, desenvolver soluções ou mudanças capazes de promover melhorias. Contudo, devem estar coordenados com as iniciativas que oportunizem o desenvolvimento e educação profissionais, bem como com a promoção da cultura da segurança. O tratamento dos incidentes deve se dar internamente na organização, com a aplicação de recursos para a revisão de processos, implementação de barreiras e melhorias para construção do cuidado seguro (COSTA, 2018).

Schiesari e Malik (2016) explicam que inicialmente as organizações desenvolveram formulários específicos de notificação de eventos adversos, de preenchimento manual das ocorrências que, em alguns casos, eram inseridas e organizadas em planilhas Excel. Com

algumas variações, de acordo com a realidade do serviço, e refletindo o grau de maturidade e a respectiva cultura institucional, o processo de notificação foi migrando dos formulários para meios eletrônicos de registros, chamados como sistemas de notificação de incidentes (SNI).

Os sistemas eletrônicos de notificação de incidentes foram desenvolvidos para possibilitar a notificação voluntária, anônima e confidencial de incidentes e eventos adversos, a serem analisados por um grupo de especialistas (RAMÍREZ et al., 2018). Projetados para obter informações sobre a segurança do paciente, os SNI acolhem os relatos dos profissionais e permitem a identificação das causas da ocorrência e sua incidência, como parte da estratégia para mitigar eventos futuros (STAVROPOULOU; DOHERTY; TOSEY, 2015).

Alvo de críticas por dispensarem maior interesse ao preenchimento das notificações e atribuir valor indevido ao processamento e análise do material (ZHU et al., 2019), o sistema de notificação é o processo empregado internamente nas instituições de saúde, e em nível nacional por diversos países. A notificação de eventos adversos não é suficiente para garantir maior segurança do paciente, mas as medidas provocadas pela análise e permanente monitoramento são, de fato, de grande valia para tornar o cuidado mais seguro ao paciente que o paciente tire proveito de um cuidado mais seguro (SCHIESARI; MALIK, 2016).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária disponibiliza diferentes métodos de análise de risco, identificação de causas e elaboração de ações corretivas e preventivas de riscos (ANVISA, 2017). A análise de incidentes permite a identificação de vulnerabilidades em sistemas e proporciona a adoção de medidas de melhoria da qualidade e segurança do paciente (VINCENT et al., 2017).

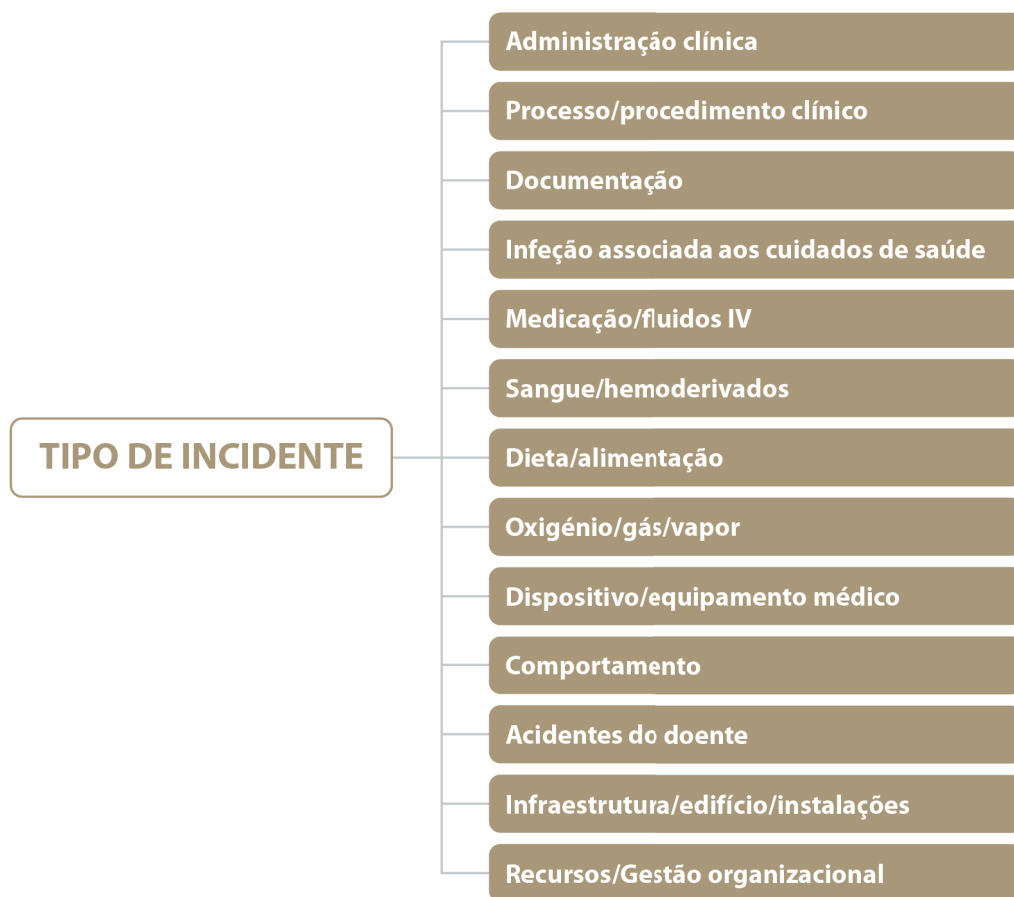
Os Boletins de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde da ANVISA retratam o contexto das notificações de eventos adversos no Brasil. Dados do NOTIVISA, referentes ao ano de 2018, indicam 103.275 incidentes notificados pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) cadastrados. O tipo de serviço de saúde com maior frequência de notificações foi o hospital, representando 93% das notificações, seguido das unidades de urgência e emergência com 3%. No mesmo Boletim foram registradas 492 mortes e 70.395 eventos adversos, o que implica em algum tipo de dano ao paciente (ANVISA, 2019).

A utilização de uma estrutura conceitual comum à classificação de eventos adversos pode facilitar a descrição, comparação, monitorização e análise das informações relacionados à segurança do paciente, contribuindo para qualificação dos cuidados. As classes “tipo de incidente” e “consequências para o doente” se mostram úteis para agrupar os incidentes em categorias com significado clínico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

A tipologia proposta para a classificação dos incidentes é apresentada no Quadro 3. São

13 tipos, subdivididos em outros itens, buscando cobrir as mais variadas circunstâncias em que o incidente ocorreu.

Quadro 3 - Tipo de Incidente



Fonte: Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011, p. 32)

O emprego da taxonomia oferecida pela CISP para tipo de incidente parece ainda não estar incorporado aos serviços de saúde no Brasil, como pode ser observado nos dados divulgados pelo Sistema Notivisa. Reconhecidas as semelhanças, mas apontando imprecisões, os boletins de segurança do paciente e qualidade disponibilizados pela Anvisa, até o ano de 2018, continuavam a apresentar o campo “outros” como o de maior frequência para tipo de incidente notificado (31%), e “Falhas durante a assistência à saúde” ocupa a segunda posição com uma representatividade de 24,5% (ANVISA, 2019). A Agência reconhece a necessidade de abrir novos campos para registro de eventos mais frequentes como as perdas/obstruções de sonda, flebites e problemas relacionados a cateter central, que representam mais da metade das notificações agrupadas neste campo, tendo manifestado que tomaria providências para os anos seguintes. No entanto, fica a dúvida sobre a Anvisa não utilizar a estrutura conceitual, conforme sugerido pela OMS há mais de uma década.

Os serviços de saúde têm buscado a promoção de um ambiente seguro e sem danos ao paciente desenvolvendo estratégias que cumpram preceitos legais e de boas práticas, elaborando o plano de segurança do paciente e a implantação da cultura de segurança em suas ações rotineiras. No Brasil, segundo Tyll et al. (2020), o cenário dos serviços de saúde está configurado por processos de trabalho hierarquizados e punitivos, com elevada rotatividade de profissionais, baixa qualificação de recursos humanos, além de outras dificuldades estruturais. Profissionais que atuam diretamente na assistência ao paciente constituem importante fonte de informações de falhas ligadas aos processos relacionados ao cuidado e de eventos adversos que ocorrem em suas práticas diárias, devendo ser apoiados e estimulados a participar ativamente do processo de notificação de incidentes, eventos ou situações de risco (MELCHIADES, 2013).

Não obstante, estudos da incidência de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde ainda se mostram insuficientes no Brasil. A notificação compulsória, exigida desde junho de 2014, a ser registrada no NOTIVISA, é uma medida importante para o fornecimento de informações que irão contribuir com a implantação de ações prioritárias à segurança do paciente; contudo, os registros da ocorrência de eventos adversos associados ao cuidado ao paciente são subnotificados (MAIA et al., 2018). Os incidentes servem para apontar lapsos e incongruências na assistência, e a investigação das causas responsáveis pelos eventos adversos é um elemento crítico na implementação das melhorias e mudanças necessárias à construção de um sistema mais seguro (VINCENT et al., 2017).

Uma publicação de Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde da Anvisa, que trata de incidentes relacionados à assistência à saúde, revelou que, dos 4.049 Núcleos de Segurança do Paciente cadastrados no Brasil, apenas 1.202 realizaram ao menos uma notificação de evento adverso no ano de 2018 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2019). Estes dados dão prova às afirmações encontradas na literatura (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016) e (FIGUEIREDO et al., 2018) sobre os baixos índices de notificação, inferiores às ocorrências, e abrem campo para um universo de extensão desconhecida, portanto não tratada, imprescindível de ser explorado.

Uma realidade onde os fatos não são anunciados, ou sofrem de subinformação, está distorcida e distante da magnitude que poderia expressar; contudo, a compreensão de que resultados indesejados são produzidos durante os atos do cuidar, podendo determinar mortes ou lesões graves, é suficiente para que esforços sejam dispensados à prática mais segura. É provável que a subnotificação nunca seja evitada, mas é imprescindível agir, incentivar e promover ações que contribuam com a redução de incidentes e danos relacionados à assistência.

2.3 Gestão de risco

Abordar a temática da segurança do paciente implica em versar sobre as ações e iniciativas cuja finalidade é a promoção de um cuidado livre de danos, atuando na esfera preventiva e mitigando riscos desnecessários. Incidentes nascem de ações não intencionais resultantes de falhas ou problemas durante a prestação de cuidados ao paciente, e podem ser cometidos por qualquer membro da equipe. É observado que a frequente prática de análises detalhadas e sistematizadas dos incidentes se mostra relevante para que instituições de saúde diminuam a ocorrência de erros (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010).

De acordo com a Anvisa (2017, p. 12) serviços de saúde devem desenvolver estratégias a fim de obter, de maneira sistematizada, informações que servirão de base para a gestão de risco, melhoria da qualidade e segurança nos serviços de saúde. Gestão de risco é definida pela aplicação sistêmica e contínua de um conjunto de ações, que compreendem as políticas, procedimentos, comportamentos e recursos, na avaliação e monitoramento de risco e incidentes que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, a imagem institucional e o meio ambiente (MELCHIADES, 2013).

Mesmo que existam outras abordagens conceituais, gestão de risco sempre é considerada como processo, que tem por objetivo diminuir ou eliminar qualquer situação incerta que possa determinar prejuízo e dano a indivíduos ou organizações. O processo de gestão de risco, também chamado de gerenciamento de risco, pode ser empregado a qualquer situação com potencial de gerar consequência ou um resultado não mapeado ou não esperado (KERN; FELDMAN; D'INNOCENZO, 2018).

As atividades relacionadas à gestão do risco representam uma postura proativa diante de riscos identificados, e estão profundamente ligadas à progressão de uma cultura de segurança, que presume um comprometimento institucional com o aprendizado com falhas, medidas preventivas de incidentes relacionados à assistência à saúde, adoção de práticas seguras e a disseminação destes conceitos a toda equipe profissional (ANVISA, 2017, p. 27).

Segundo a CISP, medidas empregadas para mitigar riscos são aquelas que visam reduzir, gerir ou controlar qualquer provável dano associado a um incidente. Estas ações podem ser proativas, como por exemplo, análise de modos e efeitos de falha, ou reativas, que buscam encontrar respostas após a ocorrência do incidente, como as análises de causas (OMS, 2009).

Pena e Melleiro (2017), sustentadas pela abordagem do erro humano de James Reason, justificam que as imperfeições do sistema de prestação de cuidados em seu conceito, organização e funcionamento estão relacionadas à ocorrência de eventos adversos. Diante da falibilidade

humana, erros são presumíveis e considerados consequências, não causas; portanto, torna-se imprescindível elaborar defesas ou barreiras no sistema.

Programas institucionais de notificação devem estar combinados a outras iniciativas de fomento à cultura de educação permanente, que promovam a comunicação entre os profissionais da equipe e o cuidado seguro (COSTA, 2018). O simples agrupamento de pessoas não garante uma prática reflexiva; conseqüentemente, uma cultura de prevenção de danos e a segurança do paciente devem estar disseminadas entre os funcionários, profissionais e usuários do serviço de saúde (KERN; FELDMAN; D'INNOCENZO, 2018).

A promoção de uma cultura de segurança, estímulos a registros de incidentes e eventos adversos, explorando as circunstâncias em que ocorrem, bem como discutindo condutas profissionais e organizacionais diante destes fatos, são ações exemplares à transformação da realidade nas instituições de saúde (FIGUEIREDO et al., 2018).

A abordagem de incidentes em instituições de saúde, com frequência, é executada por uma equipe de segurança do paciente, que realiza atividades na forma de notificações, verificação, investigação e análise da causa do incidente, podendo ser estruturada em um comitê de segurança do paciente conforme as necessidades e capacidade do serviço (HASYIM et al., 2020). A identificação de risco representa um papel importante no processo geral de gestão de risco para encontrar, reconhecer e descrever os riscos, determinando a relação causal entre erros e riscos (SIMSEKLER, 2019).

A gestão do risco em serviços hospitalares possibilita o estabelecimento de bases para segurança do paciente e pode qualificar o direcionamento dos esforços ao cuidado livre de danos.

2.4 Métodos de investigação e ferramentas de análise

Existem vários métodos de investigação e análise de incidentes disponíveis para cuidados de saúde, com destaque para a abordagem de análise norte americana proposta pela *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* conhecida como análise de causa raiz, em inglês *root cause analysis - RCAs* (VINCENT, 2004).

O método teve origem no campo da engenharia, com ampla aplicabilidade nas indústrias química, nuclear e aérea, e foi incorporado pela JCHO no ano de 1997. Formada por diferentes técnicas, as RCAs consistem em uma avaliação retrospectiva, utilizada na identificação das causas relacionadas a incidentes, quase incidentes e eventos adversos. Elas incluem análises de barreiras, diagramas de causa e efeito, análise de Pareto, entre outros, que elaboram a cadeia causal (TEIXEIRA; CASSIANI, 2010; PENA; MELLEIRO, 2017).

Outras ferramentas são empregadas para auxiliar a identificação e compreensão de causas relacionadas a incidentes, *near miss* e eventos adversos, além de instrumentalizarem a equipe a encontrar soluções, a fim de atuar na prevenção de ocorrências futuras. Entre elas o Protocolo de Londres e os 5 Porquês, utilizados para análises de causa raiz, e respectivos planos de ações.

As ferramentas estão categorizadas em dois grupos: as que empregam métodos reativos ou retrospectivo, que identificam o risco aprendendo com uma experiência anterior, já ocorrida, e as ferramentas proativas ou prospectivas, que visam a análise de potenciais riscos ou perigos antes que ocorram, em vez de depender de incidentes anteriores. Embora as ferramentas reativas sejam mais comuns nas práticas de identificação de risco de saúde, principalmente por meio de relatórios e investigações de incidentes, Simsekler (2019) reconhece que múltiplos métodos, reativos e proativos, podem oferecer uma melhor contribuição para a gestão de risco em saúde.

Segundo Vincent (2004) as notificações de incidentes ocupam uma posição central entre as iniciativas para gestão de risco e segurança do paciente, proporcionando dados sobre a natureza de problemas que afetam o resultado do cuidado e fornecendo pistas das causas e prováveis soluções. Estudos internacionais revelam os desafios inerentes à dimensão multifacetada dos processos de gestão de incidentes em saúde, que subentendem imperfeições sistêmicas e demandam abordagens prospectivas e retrospectivas. O autor reconhece que não há clareza entre ambas as técnicas, prospectiva e retrospectiva, e aposta numa conciliação entre elas, ressaltando que o mérito maior, por vezes negligenciado nos relatórios e rastreamentos de incidentes, está na qualidade e abrangência da análise. Assim, descreve a abordagem para a análise de incidentes como uma análise de sistemas, considerando uma cadeia de eventos e ampla variedade de fatores contribuintes para um eventual incidente.

A análise de causa raiz é uma metodologia sistematizada, retrospectiva, que busca encontrar respostas para as três perguntas chave: ***o que ocorreu?*** – desfecho e cronologia, ***como ocorreu?*** – problemas na prestação de cuidados e ***por que ocorreu?*** – fatores contribuintes. Com isso, é possível planejar estratégias de melhoria e implementação de obstáculos à sua ocorrência (VINCENT; AMALBERTI, 2016). A literatura apresenta mais de 40 técnicas que podem ser utilizadas para análise; todas são estruturadas e apresentam o incidente em ordem cronológica, seguindo a linha do tempo e descrevendo a sequência dos fatos relevantes que contribuíram com o incidente. Podem ser realizadas entrevistas com os envolvidos, revisão de prontuários e observação direta. Geralmente são realizadas etapas sequenciais que compreendem a descrição do incidente, a descrição dos elementos e fatores causais, identificação das causas e recomendações (NUNES, 2020).

Para Hughes (2008) a RCA é uma técnica usada para identificar tendências e avaliar riscos, que se apresenta como uma adequada estratégia para influenciar mudanças relacionadas aos sistemas, pois possibilita agir sobre os processos por meio da identificação de ineficiências, cuidado ineficaz e erros evitáveis. O autor reforça a ideia das falhas do sistema, ao invés de fatores individuais.

Ferramentas e métodos distintos são empregados para análise e controle de incidentes e eventos adversos gerando dados e informações sobre os problemas encontrados, que impactam no cuidado, dando indícios das causas e possíveis soluções que, reivindicam um olhar plural, sistemático e processual. É importante entender o incidente com uma visão sistêmica, em um encadeamento de fatos formado por vários elementos. Mais que cumprir exigências normativas e burocráticas, é vital construir vínculos e estabelecer nexos com as ações do cuidar.

2.5 Cultura de segurança

É notório que a segurança do paciente sofra influência da cultura organizacional, posto que é necessária uma atuação sistêmica, capaz de afetar toda a organização, para que práticas seguras sejam incorporadas. Neste sentido, surge o conceito de cultura de segurança, entendido como um comportamento individual e organizacional, que busca continuamente estabelecer o compromisso com o desejo da redução dos riscos relacionados à assistência e, conseqüentemente, auxiliar no alcance da qualidade dos serviços prestados (BOHRER et al., 2016).

O conceito de cultura da segurança surgiu fora do contexto de saúde, em estudos sobre organizações altamente confiáveis (OACs), sendo o termo difundido a partir do acidente nuclear de Chernobyl (1986). A cultura da segurança nas organizações de saúde foi sendo assimilada a partir das publicações do *Institute of Medicine* (1999), emergindo como um dos requisitos básicos ao processo de melhoria da segurança do paciente. Frequentemente pouco diferenciada do termo clima de segurança, definido como características da cultura de segurança que podem ser mensuráveis, cultura da segurança em organizações de saúde é tema de interesse de diversas disciplinas, o que favoreceu a diferentes atribuições conceituais (REIS, 2019). A autora chama a atenção para dois obstáculos ao fortalecimento da cultura de segurança: a crença de que o profissional treinado está pronto para executar a tarefa e a tendência em estigmatizar e punir as falhas, equiparando o erro à incompetência.

Conforme o modelo de Cooper (2000, apud HASYIM et al., 2020) cultura da segurança compreende três componentes:

- 1) Psicológicos: relacionados a valores, atitudes e percepções de pessoas e grupos, denominado clima de segurança;

- 2) Comportamentais: relacionados a ações e atitudes empregadas na segurança do paciente;
- 3) Situacionais: políticas, procedimentos e normas, sistemas de gestão e estrutura organizacional.

Cultura de segurança é definida pelo IHI como aquela em que o risco é reconhecido, a resposta aos eventos adversos ou *near miss* não é punitiva, para que as notificações sejam estimuladas, e um clima colaborativo entre as categorias e disciplinas é promovido com o compromisso de encontrar soluções e subsidiar recursos necessários de segurança (GANDHI et al., 2018).

A cultura de segurança em organizações de saúde, especialmente hospitais, contempla uma comunicação baseada na confiança mútua, o bom fluxo de informações, aprendizagem organizacional, uma abordagem não punitiva para as notificações de incidentes e erros e o compromisso da liderança (SANDARS; COOK, 2007).

Às organizações de saúde cabe tornarem-se resilientes, o que, em outras palavras, significa criar um sistema permanente de prevenção, detecção e mitigação das circunstâncias ou agentes com potencialidade em causar danos ou determinar um incidente, capazes de retomarem sua capacidade original de prestação de cuidados, tão breve possível, após envolver-se em prejuízos (WHO, 2009), que são elementos de uma cultura.

Segundo Sorra et al. (2016) cultura de segurança do paciente está definida como um produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que estabelecem o compromisso, estilo e a capacidade do gerenciamento de saúde e segurança de uma organização (Comitê Consultivo da Comissão de Saúde e Segurança para a Segurança de Instalações Nucleares, 1993).

Sammer et al. (2010) realizaram uma revisão abrangente da literatura sobre cultura de segurança em hospitais americanos e identificaram uma gama de propriedades que foram agrupadas em subculturas, que incluem: (1) liderança, (2) trabalho em equipe, (3) baseada em evidências, (4) comunicação, (5) aprendizagem, (6) justa e (7) centrada no paciente. Os autores concluíram que a cultura de segurança é um fenômeno complexo, pouco compreendido pelos dirigentes hospitalares, o que não favorece sua operacionalização. O Quadro 4 apresentada as principais características encontradas em cada subcultura.

Quadro 4 - Subculturas de Segurança

Liderança	Reconhecem o alto risco inerente ao ambiente de saúde e buscam alinhar visão/missão, competências organizacionais-gerenciais-operacionais e os recursos financeiros por toda instituição
Trabalho em equipe	Forte espírito de colaboração, cooperação e coleguismo entre todos os níveis hierárquicos, com relacionamentos abertos, seguros, respeitosos e flexíveis
Baseada em evidências	Assistência ao paciente baseadas em evidências, voltada para padronização das práticas e processos desenhados para alcançar alta confiabilidade
Comunicação	Ambiente onde qualquer indivíduo, independentemente de sua função, tem direito e responsabilidade de falar em nome do paciente.
Aprendizagem	Organização aprende com seus erros e busca novas oportunidades de melhoria, com a valorização do aprendizado por todo o pessoal, inclusive
Justa	Reconhece os erros como falhas do sistema em vez de falhas individuais ao mesmo tempo que não evita responsabilizar os indivíduos por suas ações
Centrada no paciente	Atendimento centrado no paciente (e família), com a participação ativa em seu cuidado, além de ser o elo entre o serviço e a comunidade

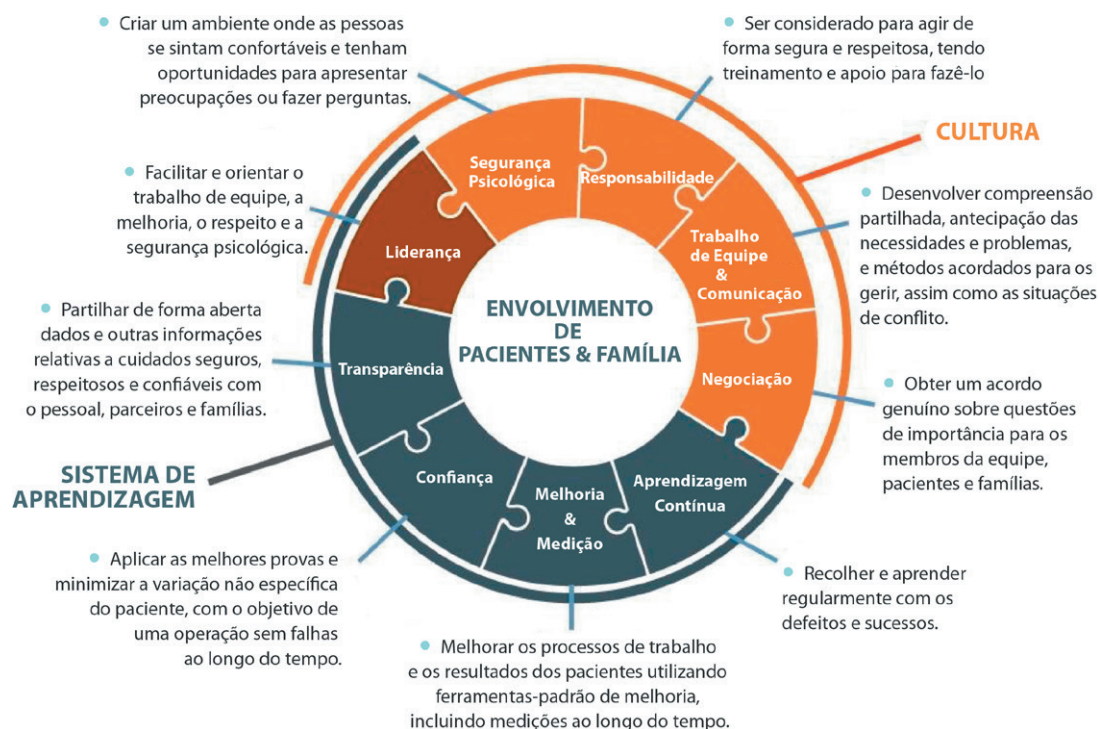
Fonte: Adaptação de Sammer et al (2010) - tradução da autora

Outros estudos buscaram apresentar modelos instrutivos para a aplicação de princípios que possam aperfeiçoar a segurança do paciente e o cuidado prestado. Frankel et al. (2017) realizaram um estudo por quinze anos, numa parceria do IHI com o *Safe & Reliable Healthcare (SRH)*, e desenvolveram uma estrutura composta fundamentalmente por dois domínios – cultura e sistema de aprendizagem –, fazendo referência a várias ferramentas e métodos para apoiar organizações a prestarem um atendimento seguro, confiável e eficaz. Partilhando da mesma lente conceitual da ARHQ, citada anteriormente, a cultura forma uma base consistente para a construção de um sistema de aprendizagem, que é caracterizado pelos autores por sua capacidade de autorreflexão, o que implica na presença de líderes habilitados à reflexão constantemente.

Cada domínio se apoia em componentes distintos, com exceção da liderança, comum a ambos, que interagem sinergicamente. Os componentes compreendem: (1) segurança psicológica, (2) responsabilidade, (3) trabalho em equipe e comunicação, (4) negociação, (5) transparência, (6) confiabilidade, (7) melhoria e avaliação, (9) aprendizagem contínua, além da liderança que está compartilhada.

A Figura 3 facilita o entendimento holístico da estrutura, como um modelo circular que reforça a interdependência e conexão entre os componentes e campos.

Figura 3 - Estrutura para um cuidado seguro, confiável e eficaz



Fonte: *Framework for Safe, Reliable, and Effective Care* (FRANKEL et al., 2017, p. 9). Tradução da autora

Uma publicação do Instituto Lucian Leape, em parceria com o *American College of Healthcare Executives* e o IHI, reforça a necessidade de se estabelecer uma efetiva cultura de segurança através de avaliações da cultura corrente, monitorando frequentemente o desenvolvimento de planos de ações e métricas (AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES, et al., 2017) Avaliar a cultura de segurança possibilita aferir as condições organizacionais em que o paciente é atendido e conhecer as dimensões que podem determinar fragilidades e possíveis riscos de dano, servindo de diagnóstico para o estabelecimento de iniciativas voltadas à segurança do paciente.

AAHRQ desenvolveu um questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (SORRA; NIEVA, 2004), traduzido para diversas línguas, com ampla utilização em diversos países no mundo, que é considerado um instrumento válido, confiável e eficiente para mensurar a cultura de segurança (COLLA, 2005). Composto por vários itens e dividido em 12 dimensões, é aplicado a todos os funcionários da instituição contemplando as áreas assistenciais, de apoio e administrativa, e avaliado segundo o percentual de respostas positivas, que possibilita conhecer resultados negativos, neutros e positivos em relação à segurança do paciente. A sugestão dos criadores do instrumento é que 75% de respostas positivas corresponde a uma cultura de segurança fortalecida, sendo possível identificar o resultado no todo e em cada dimensão.

O instrumento HSOPSC é composto por questões de múltipla escolha e uma sessão final, dissertativa, de comentários. Encontra-se dividido nas seguintes dimensões (D):

D1	Percepção geral da segurança do paciente
D2	Frequência de eventos notificados
D3	Abertura de comunicação
D4	Feedback e comunicação sobre erro
D5	Aprendizado organizacional e melhoria contínua
D6	Expectativa e ações de promoção de segurança dos supervisores/gerentes
D7	Resposta não punitiva ao erro
D8	Trabalho em equipe dentro das unidades
D9	Dimensionamento profissional
D10	Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente
D11	Trabalho em equipe entre as unidades
D12	Transição do cuidado

O questionário inclui itens que são avaliados por meio de escala Likert de cinco pontos, com categorias de respostas em grau de concordância. A avaliação de cada dimensão é obtida com base no percentual de respostas, sendo consideradas respostas positivas aquelas assinaladas com as opções 5 ou 4 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para uma assertiva favorável, ou marcadas com as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas assertivas desfavoráveis à segurança do paciente. Isto significa dizer que o instrumento possui itens elaborados positivamente, ou seja, para estes casos a resposta concordante é positiva para a cultura da segurança, e também apresenta itens escritos negativamente, onde as respostas discordantes são positivas para a cultura de segurança (ANDRADE et al., 2018). Respostas neutras referem-se às respostas em que foram assinaladas a opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer item. As dimensões de maior percentual de repostas positivas representam uma cultura de segurança forte, e as de menor representam fragilidades identificadas.

Algumas experiências nacionais com a aplicação do questionário HSOPSC, disponibilizado e traduzido para o português, estão relatadas nos trabalhos realizados por Andrade et. al (2018) e Costa et. al (2018), em hospitais públicos e privados, nas regiões nordeste e sul respectivamente, revelando uma visão não positiva da segurança do paciente, com as avaliações mais negativas obtidas nas dimensões que tratam da comunicação, da resposta não punitiva ao erro e na sobrecarga de trabalho. Dadas as limitações dos estudos e o fato da responsividade à avaliação da cultura de segurança variar muito de país para país, outras investigações deverão

ser feitas para obtenção de mais e melhores dados (ANDRADE et al., 2018). Há consonância entre os autores sobre a importância da avaliação da cultura da segurança nas instituições de saúde para implantação direcionada de ações que visem à prevenção de incidentes, mitigação dos eventos adversos e consolidação da segurança nos ambientes de saúde.

Conforme Reis et al. (2016), estudos sobre a cultura de segurança do paciente no Brasil são recentes, e a utilização de um instrumento validado potencializa oportunidades de melhorar a qualidade do atendimento nos hospitais do país.

Avaliar a cultura da segurança periodicamente é fundamental para construção de sistemas mais seguros, obtenção de resultados desejáveis e qualidade assistencial.

2.6 Comunicação

O termo comunicação tem origem do latim *comunis*, que significa comum; portanto, o ato de comunicar se traduz como tornar comum, e ocorre quando uma ideia é interpretada para uma linguagem ou código transmitido pelo emissor e compreendido pelo receptor (TEIXEIRA; ROCHA, 2018). Os autores consideram a comunicação como um elemento de amplo sentido, podendo ser aplicado a diferentes contextos e segmentos, agindo sobre os indivíduos, à medida que é a base das interações humanas e envolve sentimentos, histórias, valores e individualidades.

Martino (2015) analisa a etimologia do termo *communicatio*, do latim, como vocábulo empregado primeiramente no meio religioso, cujo significado traduz a ideia de “atividade realizada conjuntamente”, com destaque à intenção implícita do ato de romper o isolamento, realizar algo comum, com intencionalidade relacional com o outro. Embora os dicionários apresentem diferentes significações para o termo, justificando sua polissemia, as definições mais recorrentes estão em conformidade com sua etimologia: comunicação é relação.

Berlo (2003), ao abordar os objetivos da comunicação, parte da definição da retórica de Aristóteles, que tem na persuasão seu principal objetivo. Embora faça referência a outros objetivos da comunicação como o de informar, persuadir e divertir, surgidos no final do século XVIII, o autor reconhece que o comportamento comunicativo está mais próximo do posicionamento aristotélico clássico, que concebe como principal objetivo da comunicação o ato de influenciar.

Além de refletirmos sobre os objetivos do ato comunicacional, é necessário associar sua prática ao conceito de processo, explica o autor, o que *per se* confere complexidade à ação. Definido como uma “sequência de fatos ou operações que representam certa unidade ou que se reproduzem com certa regularidade contínua e prolongada de alguma atividade, que se dá e se transforma no tempo” segundo o dicionário Houaiss da língua portuguesa (2001, p. 2303), a

ideia de processo torna obrigatório um olhar dinâmico, evolutivo e permanentemente mutável aos acontecimentos e relações. Ao tratarmos algo como processo, isentamos o pensamento de que exista uma sequência fixa de eventos para assumir que não há *começo* nem *fim*, os elementos agem uns sobre os outros, e cada um influencia os demais (BERLO, 2003). É sob esta ótica que estão expressas as teorias da comunicação, com os elementos básicos que a constituem: fonte, codificação, canal, mensagem, decodificação e receptor¹. Curvello (2009) entende ser esta a tradição funcionalista atribuída à comunicação, como um processo sintetizado por uma série de atividades, que quando executadas adequadamente transformam recursos e insumos em resultados.

Na proposição aristotélica estão presentes três elementos que se destacam e distinguem, *a pessoa que fala – o assunto – a pessoa a quem se fala*. Estudos da Teoria da Comunicação apresentam modelos acrescidos de outros elementos e com maior complexidade, ainda que mantenham referida suposição. Hohlfeldt (2015) faz alusão ao modelo pioneiro elaborado por Harold Lasswell, cientista político estadunidense marcado pelos estudos em comunicação que, no ano de 1935, seguindo o modelo supracitado, acrescentou ao processo comunicacional mais dois elementos, que canal e com que efeito. Outros estudiosos contribuíram com elementos que ampliaram o modelo lasswelliano, de caráter essencialmente informativo, introduzindo ainda os *objetivos do emissor* e as *condições do receptor*, o que implicou na retroalimentação ou *feedback* ao processo comunicativo.

Da mesma forma, Araújo (2015) considera os estudos americanos no campo da comunicação, especificamente da comunicação em massa do início da década de 1940, procedentes de diferentes áreas do saber, como linguística, matemática, psiquiatria, sociologia e antropologia, essenciais ao entendimento da comunicação como processo social. Além de reconhecer, entre as várias correntes existentes, a influência dos estudos de Lasswell, que atribui relevância aos efeitos da comunicação, e destacar a Teoria Matemática da Comunicação, também chamada de Teoria da Informação, elaborada por dois engenheiros, Shannon e Weaver, cujo enunciado sublinha a importância da eficácia do canal no ato comunicacional, com vistas a evitar ao máximo as possíveis distorções, também chamadas de ruídos.

Em tese toda comunicação humana tem uma fonte, que pode ser uma pessoa ou grupo, que emprega um código, a fim de passar uma mensagem, por meio de um canal, e atingir

¹ Fonte: emissor ou remetente, responsável por enviar a mensagem; Codificação: processo de transformação de uma ideia em mensagem, realizado pelo emissor quando une uma ideia ou significado a um estímulo físico (sons, letras, imagens, gestos etc.); Canal: é o meio por onde a mensagem é distribuída; Mensagem: conjunto de unidades (signos) resultante da associação entre um estímulo físico e uma ideia; Decodificação: processo de captar o signifiante (estímulo físico) e extrair o significado (ideia) a ele associado; Receptor: ao ser estimulado pela mensagem, deverá produzir uma resposta esperada (BLIKSTEIN, 2009).

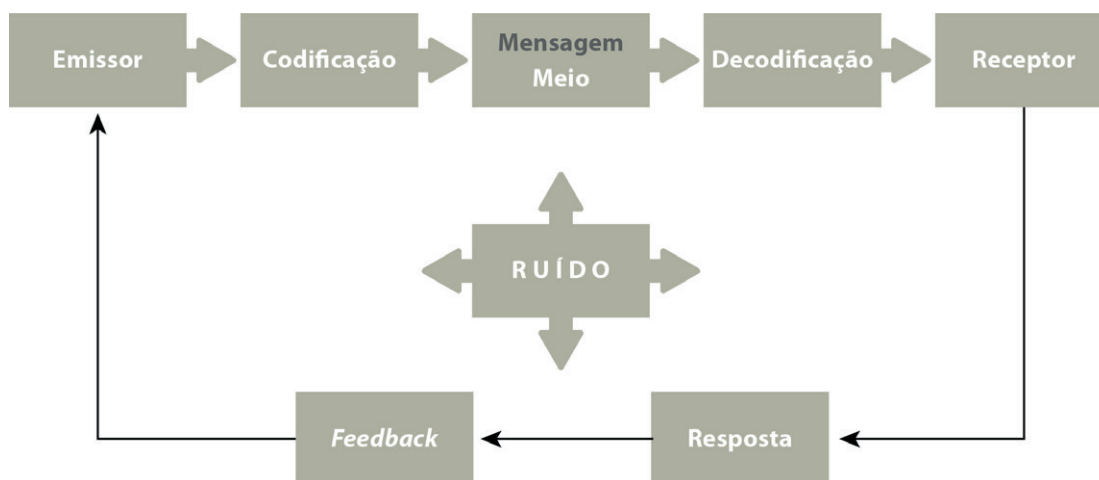
um receptor, que também pode ser uma pessoa ou grupo que, ao decodificar a mensagem, responde adequadamente. Quanto aos ruídos, se relacionam a qualquer fator que possa reduzir a efetividade de qualquer um dos elementos (BERLO, 2003).

Na literatura são encontradas inúmeras representações que fornecem uma visão esquemática do processo de comunicação contemplando, em maior ou menor complexidade, o fenômeno que visa tornar comum e alterar ou persuadir outrem. Partindo de uma perspectiva de comunicação como sistema, mas não limitada a ela, Jordão (2012) apresenta um padrão do processo de comunicação, decorrente do modelo proposto por Shannon e Weaver em 1949, e propõe, de maneira simplificada, que os processos de comunicação são definidos a partir de elementos-chave, sendo eles: **emissor e receptor** — agentes da comunicação que assumem seus papéis de **codificação e decodificação** de uma **mensagem**, utilizando-se de um **meio** devidamente adequado à sua transmissão. O processo é concluído através de uma **resposta – feedback**, por parte do receptor, que pode apresentar uma diversidade de características devido à variabilidade de entendimento da mensagem e interferência de **ruídos**.

Este modelo responde de maneiras distintas ao entendimento de atos comunicacionais, que podem ser observados sob uma lente reduzida, onde os agentes de comunicação são responsáveis somente pelo envio e recebimento do sinal sem que o contexto seja abordado ou, diferentemente, apreciá-lo por meio de uma visão ampliada que permita autonomia à compreensão de emissor e receptor, com adequação ao processo de comunicação adstrito. Embora permita liberdade interpretativa, é constituído por uma perspectiva mecanicista, em uma abordagem clássica em que estão privilegiados os elementos da comunicação, porém é isento de qualquer intencionalidade em explicar a comunicação humana (SCHULER, 2004 apud MARCHIORI, 2010a), o que exigiria inquietações do campo da psicologia, sociologia e preocupações contextuais.

A Figura 4 representa o modelo esquemático do processo de comunicação proposto por Shannon e Weaver (1949).

Figura 4 - O Processo de Comunicação

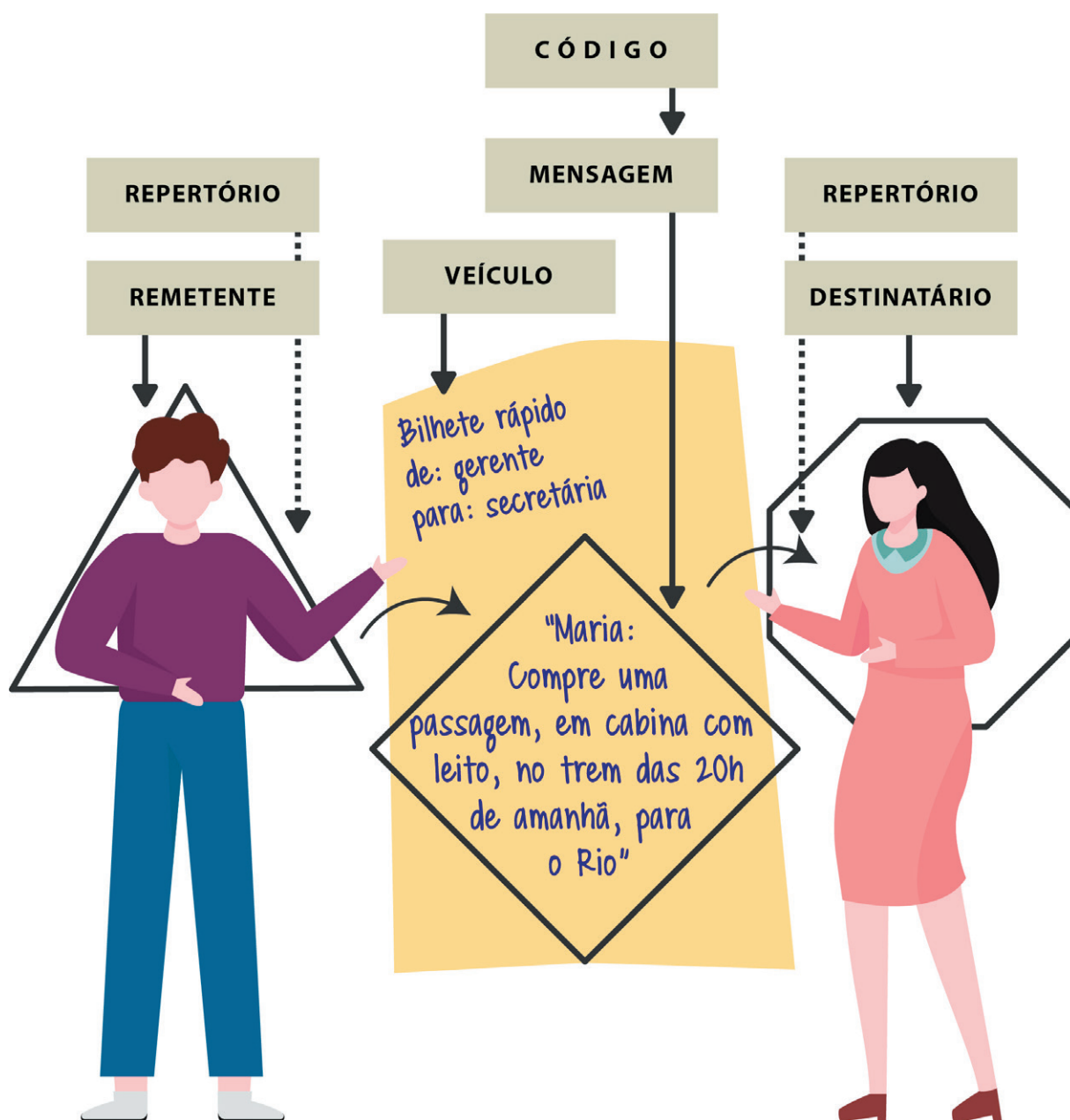


Fonte: JORDÃO, 2012

Blikstein (2009) auxilia no entendimento do processo comunicativo apresentado descrevendo sua estrutura. O autor, que prefere fugir dos termos emissor e receptor justificando a frequente associação ao veículo da comunicação propriamente dito, evidencia os papéis de **remetente** e **destinatário**, considerados por ele agentes estruturantes e decisivos à eficácia do ato comunicativo, com funções que extrapolam a simples tarefa de enviar e receber mensagens. São elementos fundamentais ao processo de comunicação e podem assegurar menor vulnerabilidade aos ruídos.

Outro componente, essencial no processo comunicativo, é o **código**, definido como um programa ou instrução que gera e controla a relação entre significante/significado, possibilitando a criação do signo. De maneira sintética, o processo de transformação de uma ideia em mensagem, portanto em signos, é definido por um processo de codificação determinado pelo remetente. Quanto ao destinatário, ao receber o signo, assimila significante e extrai seu significado, realizando ação inversa e decisiva do ato comunicativo, a decodificação, entendida como meta no processo de comunicação. Conhecer o código é cláusula indispensável do processo comunicativo, assegurando menor risco expositivo a ruídos e obtenção de eficiência comunicativa, o que também é sustentado por Jordão (2012).

Figura 5 - Estrutura de Comunicação



Fonte: BLIKSTEIN, 2009

Por fim, estão nomeados o repertório, também conhecido como bagagem cultural, que considera as experiências do destinatário e dos contextos cultural e profissional, e o veículo, que completa a estrutura proposta por Blikstein, concluindo o arranjo do processo comunicativo, onde estão prescritas as condições indispensáveis para que a decodificação seja eficaz e, assim, promova a comunicação efetiva.

Figura 6 - Repertório



Fonte: BLIKSTEIN, 2009

Existem muitas possibilidades de estudo da comunicação voltadas à troca ou compartilhamento de mensagem em diferentes contextos, o social, o biológico e o tecnológico, bem como uma abordagem cuja perspectiva está na compreensão de como se dão as interações por meio da linguagem.

Em que pese o processo de comunicação ser entendido como importante fundamento da interação humana, é possível afirmar que seu efeito essencial é partilhar significados sobre determinado objeto, mensagem, informação ou ideia (CAMARGO, 2012). O ato comunicativo está munido de metas a serem alcançadas, de forma que uma reação seja provocada. O fato de obtermos respostas específicas da parte daqueles que recebem nossas mensagens constitui-se numa habilidade, que é um primeiro passo para a comunicação positiva e eficiente, mas é imprescindível ter atenção ao comportamento humano, a coerência entre a comunicação e o meio em que ocorre, se esquivando de armadilhas e imprecisões que possam se mostrar incoerentes ou contraditórias (BROCA; FERREIRA, 2015).

Morin (2008), que aplica o conceito da complexidade no processo comunicacional, reflete que a comunicação é multidimensional, complexa e não se esgota na presunção de

eficácia do emissor. Há sempre um receptor dotado de inteligência na outra ponta da relação comunicacional, alimentando o desafio da compreensão. A comunicação ocorre em situações concretas, acionando ruídos, culturas e diferentes indivíduos. Isto pressupõe que a comunicação humana se fundamenta em um conjunto de atividades contínuas que tencionam forças relacionais de significação (BALDISSERA, 2009).

Para fins de sustentação desta investigação e servindo de fundamento teórico à análise de dados, comunicação está concebida como uma dinâmica social, ultrapassando seu caráter informativo e trazendo à luz sua função interativa. Como trata Baldissera (2009), a comunicação é processo de construção e disputa de sentidos caracterizada por ser/exigir relação, solicitando interações marcadas por tensões dialógicas-recursivas, onde os múltiplos fatores de influência conferem aos contextos o direcionamento da significação do proferido.

Os processos comunicacionais, além de ocorrerem repetidamente e estarem sustentados por elementos-chave, como apresentado anteriormente, reúnem componentes de maior subjetividade, inseparáveis da condição humana.

2.7 Comunicação nas organizações

O processo de comunicação ocorre de forma verbal e não verbal, compreendendo a linguagem escrita e falada, gestos, expressões, postura, e símbolos gráficos, respectivamente. Para Pereira et al. (2019) a comunicação verbal se relaciona com a psicolinguística, e a não verbal com a psicobiologia, sendo dimensões que se complementam. Chichirez e Purcarea (2018) compartilham desta visão acrescentando o que chamaram de formas paraverbais, que compreendem atributos da voz como entonação, ritmo e inflexão.

Os indivíduos se comunicam em vários níveis, por razões diversas, com muitas pessoas e de distintas maneiras. A linguagem significa apenas um dos códigos usados para expressar ideias e pensamentos. Uma pesquisa revelou que um cidadão americano comum gasta 70% do seu tempo comunicando-se verbalmente, ouvindo, falando, lendo e escrevendo, nesta ordem (BERLO, 2003). A maior parte do dia de trabalho é consumida por atos comunicativos, transmitindo e recebendo informações, discutindo planos e programas, reunindo-se com colegas, ouvindo reclamações e queixas, lendo e escrevendo mensagens.

Para Oliveira e Paula (2007) a comunicação dentro das organizações enfrenta desafios e imposições dadas pela complexidade da sociedade contemporânea, que enfrenta mudanças diante das transformações digitais, panoramas político e econômico e exigências sociais e éticas. No ambiente interno das organizações são observadas novas configurações nas relações de trabalho, configurações em rede e demandas éticas. As contradições e conflitos se mostram

cada vez mais presentes, impactando processos interativos e relacionais (OLIVEIRA; PAULA., 1997; apud MARCHIORI, 2010b).

O fato de organizações serem constituídas por indivíduos únicos e sociais, que se relacionam com diferentes universos cognitivos e as mais diversas culturas, resulta por si só na complexidade que significa pensar os processos comunicativos que nelas ocorrem. A comunicação estratégica, frequentemente focada nos resultados pragmáticos das ações comunicativas, ignora a complexidade da constituição humana social das organizações e as incertezas do ambiente, comprometendo a obtenção de resultados esperados e a promoção de uma comunicação eficaz (KUNSCH, 2018).

A subjetividade presente nas organizações, seus condicionantes internos e externos, aspectos relacionais e a complexidade presente nos atos comunicativos, representam elementos fundamentais para refletir a cultura e suas diversas conexões dentro do ambiente organizacional. Isto significa transpor a visão mecanicista da comunicação, ou sua dimensão meramente instrumental, adotando um olhar humanista e holístico por meio da adoção de uma lente problematizadora que busque compreender os processos interativos sob a ótica relacional (KUNSCH, 2018; MARCHIORI, 2010b).

Outros estudiosos se referem ao tema sob a mesma perspectiva, da organização como fenômeno fundado pelas interações humanas, validando se tratar de um ambiente tanto interativo como comunicacional, perpetuado na cultura e nas pessoas, sendo comunicação e cultura elementos estratégicos indissociáveis (BENTO; ABBUD, 2018).

O processo relacional da comunicação entre pessoas, departamentos e unidades sofrem distorções e adequações diversas dado o volume excessivo e os diferentes tipos de comunicação existentes no ambiente e contextos organizacionais, numa complexidade difícil de ser diagnosticada (KUNSCH, 2003). O estudo de alguns elementos do processo comunicativo nas organizações como, por exemplo, as barreiras, redes e fluxos de comunicação podem servir de caminho para a compreensão da complexidade do processo comunicativo. Segundo a autora, barreiras são ruídos que interferem e dificultam a comunicação e podem ser de natureza distinta: ruídos mecânicos, como barulhos ou ambiente inadequado, que forneçam um obstáculo físico; aqueles de origem fisiológica, quando relacionados à diminuição de acuidade auditiva; os de ordem semântica, pelo uso de linguagem não comum ao receptor, ou até psicológica, que são os estereótipos e preconceitos correlatos a valores, atitudes, crenças e cultura das pessoas, prejudicando o ato comunicativo.

A comunicação organizacional, segundo Kunsch (2003), é um fenômeno inerente ao agrupamento de pessoas que integram uma organização ou a ela ligado, compreendendo

algumas áreas distintas chamadas de comunicação institucional, mercadológica, comunicação interna e administrativa. São nessas formas de comunicação que uma organização consegue se relacionar com seu universo de públicos e com a sociedade em geral.

As modalidades que compõem a comunicação organizacional não serão tratadas em detalhe nesta investigação por estarem relacionadas a pontos de menor intersecção com o objeto de estudo escolhido. No entanto, com o propósito de configurar o pano de fundo onde estão lavrados os processos de comunicação ora investigados, serão apresentadas de modo sucinto, porém instrutivo, sob um pensamento onde todas convergem. Embora existam diferentes correntes e maneiras de nomear e conceituar a comunicação organizacional, no mundo e sob concepções filosóficas distintas, a comunicação organizacional integrada, desenvolvida pela brasileira Margarida Kunsch, pode ser entendida como a congruência da comunicação interna/administrativa, a comunicação mercadológica, e a comunicação institucional. Estando as duas últimas com direcionamento para áreas de marketing e relações públicas respectivamente, a dimensão de interesse para a referida pesquisa é representada pelas comunicações interna e administrativa, responsáveis por viabilizar todo sistema organizacional, o que pressupõe um permanente processo de comunicação para o alcance dos objetivos e funções a que se dedicam.

Segundo a autora, a comunicação integrada deve ser assimilada como uma filosofia capaz de conduzir toda a comunicação gerada na organização, com peso estratégico para o desenvolvimento organizacional.

Figura 7 - Comunicação Integrada



Fonte: KUNSCH, 2003

2.7.1 Comunicação interna

A comunicação interna é considerada estratégica, estando incorporada ao conjunto de definições políticas e objetivos funcionais das organizações (KUNSCH, 2003), sendo tratada em estudos de diferentes áreas do conhecimento. Afora viabilizar o fluxo de informações que assegurem o cumprimento dos objetivos da organização, as necessidades dos clientes, o intercâmbio essencial entre áreas e departamentos, com conteúdos operacional e técnico, a comunicação interna é empregada na unificação das crenças e valores da empresa, valorização e reconhecimento de esforços individuais e coletivos, promoção de *feedback*, imagem institucional e conscientização do valor do capital humano que, segundo Fonseca (2012), favorecem o engajamento do pessoal e a obtenção de resultados. Para Kunsch as coisas não são tão simples assim, uma vez que envolve pessoas e o ambiente interno inclui interlocutores sociais e conflitos. A ideia de comunicação como dinâmica social, instituída na interação, é sublinhada na apresentação do conceito da comunicação integrada proposta por ela.

Kunsch (2003) e Fonseca (2012, p.88) concordam quanto à conceituação de comunicação interna, elaborada pela empresa Rhodia na década de 1980, que se tornou exemplar e aplicável nos dias atuais: “A comunicação interna é uma ferramenta estratégica para compatibilização de interesse dos funcionários e da empresa, através do estímulo ao diálogo, à troca de informações e de experiências de todos os níveis”. A importância da comunicação interna reside sobretudo nas possibilidades que ela oferece de estímulo ao diálogo e à troca de informação entre níveis estratégicos e operacionais, a busca pela qualidade e cumprimento da missão organizacional (KUNSCH, 2003).

Marchiori (2010a) também vê a comunicação interna como uma ferramenta engenhosa, mas indica a necessidade de ampliar seu entendimento para uma visão processual, que promova conhecimento, modifique estruturas e comportamentos, tecendo um raciocínio em que destaca os aspectos a serem considerados em um plano de comunicação interna com abordagem mais eficaz, onde a cultura organizacional emerge como elemento determinante. Para a autora, os ambientes organizacionais são permeados por complexos relacionamentos de poder, conhecimento e discurso, revelando preocupações em relação à comunicação, primeiro entre pessoas, como determinante das relações interpessoais e, segundo, com o próprio mecanismo de integração nas organizações, o que exige elevada capacitação de habilidade comunicacional.

A comunicação interna, sendo uma área interligada e planejada da comunicação organizacional, acontece paralelamente à comunicação que decorre em todos os setores da organização, consentindo seu funcionamento pleno (KUNSCH, 2003, p154). Abordar processos de comunicação nas organizações de prestação de serviços de saúde, em especial unidades hospitalares como proposto neste trabalho, se serve de autores que apresentam visões ampliadas e sistêmicas do ambiente organizacional, configurado por seu dinamismo e complexidade, onde convivem pessoas e entes sociais em constante interação, reconhecendo a potência da comunicação para obtenção dos objetivos organizacionais, que em saúde incluem prestar cuidados seguros.

2.8 Comunicação, organizações de saúde e segurança do paciente

Uma suposição basilar da disciplina de comunicação é que a compreensão de seus processos, determinantes e efeitos capacita pessoas a tratarem de problemas no ambiente do trabalho. Uma comunicação favorável permite padronizar ações, compartilhar conhecimento e facilitar relações (KUNSCH, 2003).

A OMS reconhece que a comunicação é um dos principais problemas que afetam a segurança do paciente e estabeleceu diretrizes mundiais com ações que visam melhorias no processo de emissão e transmissão de informações por meio de padronizações e implantação de protocolos para redução de eventos adversos (FREIRE et al., 2019).

Segundo o *Canadian Patient Safety Institute*, a comunicação é definida por duas abordagens, a da engenharia da informação, que entende a comunicação como uma transmissão linear de mensagens apoiada em processos, protocolos e certificações, e outra, que trata a comunicação como uma construção social, considerando seus atores e apreciando suas poderosas dinâmicas e construções de contextos como o de trabalho (LO, 2011). Para Park et al. (2018) existem fatores contextuais que influenciam a comunicação como a educação, a cultura, o gênero e a língua.

Processos de comunicação ocorrem ininterruptamente entre os indivíduos que atuam no ambiente hospitalar, compreendendo profissionais, pacientes e familiares, com necessidades frequentes de trocar informações. São utilizados vários meios, recursos e instrumentos que estruturam a comunicação visando assegurar o percurso assistencial, num contexto de prestação de serviços marcado pelo trabalho em equipe. São processos complexos e dinâmicos, que na prática assistencial da saúde ganham singularidade tanto pela relevância à segurança do paciente como por se tratar de uma atividade multidisciplinar. Os registros em prontuário, a prescrição médica, transferência entre setores, passagens de plantão, comunicação sobre alterações do estado do paciente ou na conduta terapêutica, são sublinhados como elementos que dificultam uma comunicação clara e objetiva, despontando como fatores determinantes na ocorrência dos eventos adversos (CORNETT; KUZIEWSKY, 2018).

Uma comunicação eficaz envolve estruturas explícitas e implícitas, que a equipe desenvolve em relação a objetos, papéis e comportamentos, conforme afirma o *Canadian Patient Safety Institute* (LO, 2011). Analisando os processos comunicativos, Cornett e Kuziemyk (2018) apontam a comunicação implícita como a forma predominante na prestação da assistência médica. Presente no continuum do cuidado como, por exemplo, na troca de informações devido a uma mudança no estado clínico ou numa orientação feita a algum profissional sobre determinado cuidado, a comunicação implícita em saúde é caracterizada como aquela que emerge informalmente na prestação de cuidados ao paciente, chegando a corresponder a até 90% das interações entre a equipe.

A prestação de serviços de saúde envolve muitos profissionais, que precisam constantemente compartilhar informações e discutir a gestão do cuidado, dando provas de que a informação é uma força vital nos cuidados em saúde (COIERA, 2006). Para este autor, o maior repositório de informações na área de saúde está na cabeça das pessoas que nela atuam, formando uma rede complexa de conversas que conectam suas ações. Ao exemplificar as interações interpessoais nos contextos assistenciais, menciona as conversas face a face, telefonemas, trocas de mensagem por meios eletrônicos, bilhetes, documentos, estruturas organizacionais, formais e informais, utilizados para apoiar as necessidades comunicacionais.

O processo de comunicação interpessoal ocorre por formas verbais, que se referem às

linguagens escrita e falada, e outras formas não verbais como gestos, expressões, tons e toques. Elas podem ocorrer de duas maneiras distintas, a síncrona e a assíncrona. No contexto da prestação de cuidados, a forma síncrona é observada durante uma reunião, rounds, conversas ou outra comunicação que se dá em tempo real. A forma assíncrona pode ser ilustrada como ações do tipo prescrever um cuidado ou medicação, fazer anotações em prontuário ou em quadros brancos (FORONDA; MACWILLIAMS; MCARTHUR, 2016). Coeira (2006) considera telefones como os canais síncronos bidirecionais mais utilizados no ambiente assistencial, mas aponta como desvantagem serem interruptivos, acionando o receptor a qualquer momento, o que pode impactar negativamente num profissional com alta carga de trabalho, cessando a continuidade de sua tarefa. Para esses casos sugere a maneira assíncrona de mensagem por bilhete ou e-mail, caso não haja nenhuma urgência.

Cornett e Kuziemsky (2018) explicam a complexidade da comunicação em saúde pelas características apresentadas anteriormente, acrescentando peculiaridades de processos de comunicação que caracterizam ciclos abertos e fechados. Para eles, ciclos abertos podem representar risco adicional à segurança do paciente, pois não necessitam de resposta ou qualquer tipo de confirmação. Apresentam como exemplos as evoluções e anotações realizadas pela equipe multidisciplinar, onde não é possível saber se o conteúdo foi lido, entendendo se tratar de ferramentas de informação unidirecionais. Quanto aos ciclos fechados, que correspondem às ferramentas bidirecionais, citam os telefones e quadros de aviso, onde mesmo que decorrido algum espaço de tempo é possível observar se as informações foram seguidas.

A comunicação tem sido descrita como um processo linear que se dá entre dois ou mais indivíduos com o objetivo de compartilhamento, numa visão funcionalista, e de outro modo, extrapolando o simples ato de veicular informações, como uma ação interacional, que compreende uma série de processos complexos e criativos, onde o conteúdo é construído e interpretado por meio de relações interpessoais. No ambiente de trabalho é essencial um clima de comunicação aberta, caracterizado pelo diálogo mútuo, honesto e com uma ampla interação (BERGMAN; DELLVE; SKAGERT, 2016).

2.8.1 Comunicação interpessoal

A priori os processos sociais se estabelecem na interatividade, componente inaugurador dos processos comunicativos que, aplicados ao entendimento dos padrões dos relacionamentos comunicativos, caracterizam sua qualidade. Para Chichirez e Purcarea (2018) a comunicação interpessoal, ou inter-humana, foi a primeira ferramenta de sociabilização.

Para Adler e Towne (2002) a comunicação interpessoal também é tratada por uma interação de natureza conversacional, que emprega formas verbais e não verbais, em situações

face a face; contudo, apresentam uma visão na qual a interação está fundamentada na qualidade, quando as pessoas tratam as outras como indivíduos singulares, independentemente do contexto em que a interação ocorre, e o número de pessoas envolvidas (ADLER; TOWNE, 2002 apud KUNSCH, 2006).

Segundo Pereira et. al (2019), a comunicação interpessoal se desenvolve mediante situações sociais, informais, de encontros pessoais interativos, produzindo trocas de pistas verbais e não verbais, responsáveis por estabelecer fluidez de pensamentos entre as pessoas. Reconhecem se tratar de uma habilidade que possibilita a exteriorização de ideias e se fundamentada no ato interacional, portanto, dependente de feedback.

Na área da saúde, comunicação interpessoal, que ocorre no âmbito da prestação do cuidado, é frequentemente chamada de comunicação interprofissional. A definição do termo “interprofissional” é imprecisa na literatura, mas ganhou destaque por ser considerada mais adequada à integralidade do cuidado ao paciente, que é um princípio do Sistema Único de Saúde. Educação Interprofissional em Saúde (EIP) é a abordagem mais comumente empregada, que se caracteriza por um arcabouço teórico-prático que fortalece princípios do SUS, sendo uma estratégia que oportuniza o desenvolvimento de práticas colaborativas entre profissionais de diferentes núcleos do saber, com o objetivo de aprimorar a qualidade da atenção à saúde (ARAÚJO et al., 2017).

Abordar a comunicação como possível fator de contribuição a desfechos de saúde desfavoráveis endereça reflexões às práticas colaborativas e à educação interprofissional, que estimulam a comunicação entre profissionais da saúde, de diferentes categorias, favorecendo o aprendizado mútuo. A comunicação interprofissional efetiva beneficia a tomada de decisão compartilhada e conduz a um cuidado menos fragmentado, onde o paciente é o beneficiado.

A comunicação entre médicos e enfermeiros, em especial, e entre estes e demais categorias e classes assistenciais, é objeto de investigação em muitos trabalhos científicos, principalmente com interesse em seus impactos na segurança do paciente.

Foronda et al. (2016) mencionam os esforços de escolas de medicina, enfermagem e outras categorias no que se refere à educação interprofissional, mas acusa certo atraso em treinamentos de comunicação e segurança do paciente nas instituições que preparam profissionais de saúde, que não conseguem acompanhar os avanços da ciência de segurança do paciente. Resultado de uma revisão integrativa que objetivou detectar o conhecimento a respeito da comunicação interprofissional, identificou elementos que dificultam o relacionamento e a comunicação entre enfermeiros e médicos. Primeiramente, médicos e enfermeiros possuem formação distinta, o que determina estilos diferentes de comunicação, a falta de confiança, ego – como características da personalidade, e a presença da hierarquia estrutural aparecem como principais entraves.

Curioso, entre as recomendações encontradas, foram a inclusão de treinamentos de humildade cultural, além de práticas que promovam a aproximação dos profissionais, e a inclusão no currículo, de forma transversal, de experiências interpessoais a fim de que seja tema recorrente durante toda formação.

Na literatura, vários trabalhos descrevem achados semelhantes que evidenciam o espaço a ser trabalhado para promover interações de maior qualidade entre enfermeiros e médicos, pressupondo melhorias na assistência aos pacientes (COLLETTE et al., 2017; KRENZ et al., 2020; FARHADI; ELAHI; JALALI, 2016; HAILU; KASSAHUN; KERIE, 2016; WANG et al., 2018). Estes estudos, realizados em diferentes países, como EUA, Alemanha, Irã, Etiópia e China, foram selecionados pela autora como o propósito de reforçar que a comunicação entre médicos e enfermeiros se mostra ineficiente, impactando na segurança do paciente nos diferentes contextos culturais da prestação da assistência à saúde, e relacionados a uma série de fatores, dentre eles os comportamentais. A implantação de iniciativas que busquem construir respeito profissional e facilitem a comunicação entre estes profissionais foram recomendações apresentadas.

Estes achados s contribuem com evidências de que a comunicação interpessoal, com ênfase àquela praticada entre profissionais que participam direta e conjuntamente no processo de tomada de decisão de cura/cuidado, como enfermeiros e médicos, representa fator impactante na segurança do paciente.

2.8.2 Recursos de comunicação

Seus múltiplos aspectos, cujas relações de interdependência são de difícil compreensão, facultam à comunicação complexidade e, quando pensada dentro de um ambiente hospitalar de variabilidade e diversidade de características, exige um pensar minucioso e reflexivo. Os recursos desenvolvidos para estruturar e organizar os atos comunicativos são essenciais, mas, por si só, não garantem a complexa dinâmica comunicacional. A comunicação efetiva, termo encontrado na literatura (BROCA; FERREIRA, 2015; CALDANA et al., 2015; LEMOS et al., 2019; OLINO et al., 2019; REIS, 2019; SETTANI et al., 2019), e frequentemente na oralidade de pessoas comuns, é um potente recurso retórico na abordagem do êxito da ação comunicativa, mas carece de definição, embora evoque um pensamento instintivo que possibilite sua compreensão. Comumente associada ao ato comunicativo objetivo e claro, onde os elementos chave da comunicação cumprem seus papéis, a eficiência comunicacional desafia as interações humanas e pode estar apoiada por algumas práticas ou ferramentas específicas.

De acordo com Biasibetti et al. (2019), a agitada rotina do ambiente hospitalar, as peculiaridades dos diversos setores, o número expressivo de informações, profissionais de diferentes

níveis e formação, o volume de procedimentos realizados com os pacientes e a necessidade constante de atualização das informações entre equipes/paciente e familiares torna indispensável qualificar os atos comunicativos. Os autores encontraram evidências de que os principais fatores que dificultam a comunicação na prestação de cuidados de saúde estão relacionados à passagem de plantão, transferência de cuidados, registros em prontuário, prescrições médicas e intercâmbio de informação a respeito de alterações no quadro do paciente ou mudança na conduta terapêutica.

Conforme apresentado no corpo deste trabalho, desde meados da década de 1980, publicações revelaram alarmantes números sobre danos causados a pacientes e grande parcela das causas se relaciona com falhas na comunicação. Algumas estratégias como programas de treinamento de habilidades de comunicação, simulações práticas e formas padronizadas para apresentar informações do paciente se confirmaram como medidas efetivas para transpor barreiras de comunicação (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). O emprego de instrumento validado, que visa promover uma comunicação segura durante a passagem de plantão, foi descrito no trabalho de Gonçalves et al. (2016). A utilização de listas de verificação em unidade de centro cirúrgico e unidades de terapia intensiva, o emprego de acrônimos que auxiliam a memorizar aspectos relevantes à troca de informações como as transferências do cuidado (*handover*)², por exemplo, e outras práticas sistematizadas como visitas e encontros breves de alinhamento são alguns recursos para o compartilhamento de informações entre a equipe multiprofissional.

Comumente conhecidas por siglas, que são mnemônicos estratégicos para qualificar a transição de cuidados, SBAR é uma delas. A sigla representa o acrônimo das palavras *Situation*, *Background*, *Assessment* e *Recommendation* e é empregada para facilitar a comunicação entre equipes, principalmente nas transferências do cuidado, condensando as informações relevantes sobre o estado do paciente. Outras variações são encontradas como SBAR-R, que adiciona a ação de *Read-back* ao acrônimo para que seja realizada a leitura ou repetição da mensagem pelo receptor, a fim de assegurar ao remetente que a mensagem foi recebida (LEE; KIM, 2020). A ação do *read-back* é uma maneira de promover a comunicação em circuito fechado, como explicado anteriormente.

De acordo com Hemesath et al. (2019), a literatura brasileira em relação às estratégias que qualifiquem a comunicação na transição do cuidado do paciente entre unidades é em número pequeno, embora a implantação de processos padronizados para comunicação verbal e escrita seja incentivada por organizações internacionais como recurso à mitigação da ocorrência de eventos adversos em hospitais.

² Handover: palavra de origem inglesa, cuja tradução literal é “entrega”; se refere as trocas de informação entre profissionais, equipes, ou destes com paciente/familiar. São consideradas as passagens de plantão e trocas de turnos, além de intercâmbio de informações entre organizações (PENA; MELLEIRO, 2018).

A implantação de medidas específicas para melhorar a comunicação como listas de verificação – *checklist*, e o emprego da tecnologia que reduz a influência do erro humano, são citadas na diminuição significativa de *near miss* – quase acidentes (CHILDRESS, 2015), além de outras complicações cirúrgicas e erros de medicação que igualmente apresentaram queda.

Problemas como falta sistemática de estrutura, relatos incompletos das medidas tomadas com o paciente, uma excessiva dependência de memória e a baixa qualidade nos registros escritos são alguns achados na literatura internacional, que revelam falhas na comunicação entre profissionais de saúde que podem determinar a prestação de cuidados inseguros (EGGINS; SLADE, 2015). Os autores, que consideram a transferência clínica como um evento comunicativo inerente ao processo assistencial, obtido por meio de conversas e registros escritos de médicos e enfermeiros, encontraram como ferramenta mais prevalente nas recomendações: o SBAR e suas variantes. Porém, relatam as dificuldades encontradas na aderência à ferramenta, que exige treinamento, envolvimento do paciente, mas, sobretudo, um olhar sobre o impacto do contexto hospitalar, dos recursos e profissionais que deverão participar para promover uma transferência efetiva, que envolvem, na visão dos autores, duas dimensões simultâneas de comunicação: a interacional e a informacional. A maior parte dos estudos mostra que *handovers* concentram-se no conteúdo informativo, não revelando aspectos colaborativos necessários à interação esperada aos atos comunicacionais, o que demandaria uma mudança cultural de reconhecimento do valor. A utilização da ferramenta SBAR e suas variantes, assim como protocolos padronizados estruturados, oferecem maiores chances de comunicar com clareza as informações, auxiliam o receptor a identificar lacunas e favorecem o processo de comunicação. No entanto, a valorização da interatividade nos processos comunicacionais demanda mudanças culturais.

A constatação de que as dimensões interacional e informacional da comunicação são necessárias para uma efetiva transferência do cuidado, garantindo a segurança do paciente, endossa a inquietação que motiva a investigação em tela.

Outras práticas de comunicação são adotadas por serviços de saúde com a finalidade de promover uma assistência mais segura, como os chamados *huddles* de segurança organizacional. De acordo com Fencel e Willoughby (2019), são atividades que reúnem membros da equipe assistencial, líderes e outros profissionais responsáveis pela assistência ao paciente, em encontros diários, que se caracterizam por agrupamentos sistemáticos e breves, em áreas críticas do hospital como centro cirúrgico, para o compartilhamento de informações necessárias a um cuidado seguro. *Huddles* de segurança organizacional oferecem uma oportunidade para melhorar a comunicação entre as áreas, possibilitam a alocação de recursos de maneira proativa e a resolução de possíveis problemas de segurança em tempo real, melhorando a experiência do

paciente e os resultados da organização, concluem as autoras.

Em relação à implantação de *huddles* de segurança do paciente, denominação mais predominante da recente iniciativa adotada em algumas enfermarias de hospitais do Reino Unido, investigada por Montague et al. (2019), a ação se mostrou promissora para o aprimoramento da comunicação entre os profissionais do cuidado e para prontidão na resolução de questões relacionadas à segurança dos pacientes. Contudo, exige persistência para que melhores resultados sejam percebidos.

São encontradas evidências, tanto no trabalho de Fencel e Willoughby (2019) como Montague et al. (2019) que, apesar de se mostrarem modelos robustos e opção para a interação entre os profissionais de unidades provedoras de cuidados de maior complexidade, ainda podem contribuir para que a equipe fique isolada em suas próprias unidades, tendo dificuldade em assimilar aspectos gerais da segurança do paciente. Tal fato reforça o desafio, e ao mesmo tempo a urgência, em abordar os processos de comunicação no ambiente hospitalar para obtenção de uma assistência mais segura aos pacientes, como proposto nesta investigação.

Os *briefings*, instruções de segurança, que podem ser adaptados a várias unidades de prestação de cuidado e com flexibilidade de aplicação, mostraram resultados positivos em relação à redução de quedas e diminuição no tempo de permanência, conforme apresentado por Ryan et al. (2019).

Rounds multidisciplinares, que são visitas realizadas pela equipe, próximas ao leito do paciente, se mostram um recurso favorável à melhoria dos indicadores assistenciais e, da mesma maneira, redução no tempo de hospitalização. Frequentemente são conduzidas sob a liderança de profissional médico, e um relato de Guzinski (2019), que experimentou adotar *rounds* interdisciplinares, abandonando o modelo centrado no saber médico, afirma ter conquistado maior interação entre os diversos saberes profissionais, resultando em melhorias de processos específicos como prevenção de lesões por pressão.

Os referidos achados bibliográficos ressaltam vários aspectos que participam dos processos de comunicação, no contexto das organizações de prestação de cuidados em saúde que, por serem suscetíveis de falha, podem determinar danos ao paciente. Iniciativas para organização e estruturação dos atos comunicacionais são de valia para que melhores resultados assistenciais sejam atingidos, mas outros elementos culturais, educacionais e sociais se misturam à função informativa da comunicação, comprometendo seus objetivos.

3 OBJETIVOS

Esta investigação partiu de indagações da pesquisadora de como os processos de comunicação influenciam a prática assistencial e podem contribuir para ocorrência de danos ao paciente. Atuando há mais de 3 décadas na prestação de cuidados em saúde, acumulou vivências da prática assistencial que mostraram a comunicação como elemento vital neste processo dinâmico, repleto de atores agindo sobre a delicada condução da existência humana, em momentos de reestabelecimento das condições de saúde.

Sob a ótica da segurança do paciente, buscou-se responder à pergunta “como os eventos adversos são influenciados pelos processos de comunicação no ambiente hospitalar”. Consequentemente, o propósito da pesquisa é compreender, sob a perspectiva de profissionais de saúde, o impacto da comunicação interprofissional na segurança do paciente.

3.1 Objetivo geral

- ▶ Analisar aspectos da comunicação no ambiente hospitalar que influenciam a segurança do paciente

3.2 Objetivos específicos

- ▶ Reconhecer fenômenos da comunicação que podem contribuir para a incidência de eventos adversos, nas percepções de médicos e enfermeiros
- ▶ Identificar fatores intervenientes de atos comunicacionais no processo de prestação do cuidado
- ▶ Explorar a comunicação como dinâmica social no contexto da prática assistencial hospitalar

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa buscou extrair os componentes dos processos de comunicação que se relacionam à segurança do paciente internado em serviços hospitalares, por meio dos relatos de médicos e enfermeiros sobre suas vivências, percepções, reflexões e entendimentos a respeito da comunicação no contexto da prestação do cuidado seguro.

4.1 Estratégias de pesquisa

Para alcançar os objetivos propostos, utilizou-se pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, que busca compreender um fenômeno em profundidade, por meio da apreensão de experiências vividas por um número restrito de indivíduos. A abordagem qualitativa possibilita ao investigador defender o conhecimento sob uma lente por onde convergem significados múltiplos de vivências individuais, representações social e histórica, visando desenvolver um padrão ou teoria (CRESWELL; ROCHA; SILVA, 2007).

Segundo Mendes e Miskulin (2017), uma característica encontrada em pesquisas qualitativas é que os dados são preponderantemente descritivos, o que significa dizer que “a descrição minudente, cuidadosa e atilada é muito importante; uma vez que deve captar o universo das percepções, das emoções e das interpretações dos informantes em seu contexto”. Para tal, optou-se pela análise de conteúdo, que segundo Bardin (1977) é definida como:

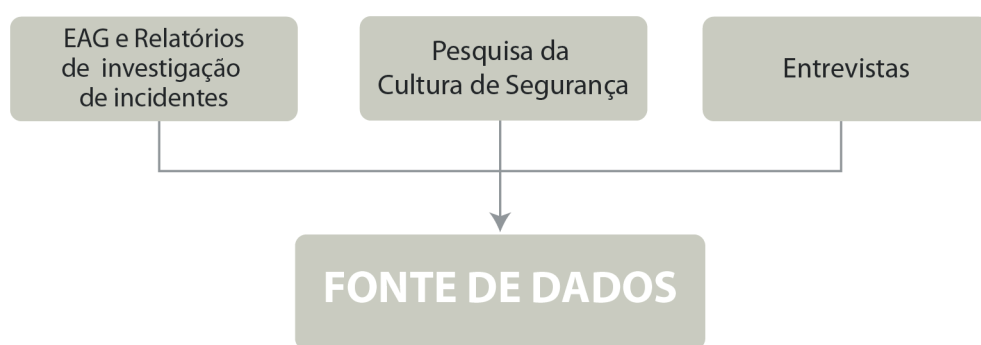
[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1977, p.42; apud MENDES, MISKULIN, 2017).

Validando a descrição supra apresentada, esta investigação utilizou-se de critérios de organização inspirados nas etapas propostas por Bardin (2011) que, conforme explicação de Santos (2012), compreendem a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Para a pré-análise foram seguidas as regras apresentadas por Bardin, que são: (i) exaustividade – esgotar o assunto; (ii) representatividade – eleger amostras que representam o universo; (iii) homogeneidade – obter dados pertinentes ao tema por meio de técnicas iguais aplicadas pelo mesmo indivíduo; (iv) pertinência – adaptar os documentos ao objetivo da pesquisa; (v) exclusividade - classificar um elemento em apenas uma categoria (SANTOS, 2012).

Desta forma foi composta a coleção de materiais e documentos a serem pesquisados que, para esta investigação, constituíram-se de instruções, registros e relatórios de incidentes da organização, além das entrevistas com profissionais da assistência. Optou-se pelo uso, no processo de análise de dados, da triangulação das fontes de dados buscando alcançar resultados válidos e confiáveis e possibilitar a apreensão do fenômeno investigado sob diferentes camadas. Segundo Santos et al. (2020), a triangulação pode indicar pontos convergentes, assim como contradições, ambiguidades e áreas divergentes, para as quais o pesquisador não teria clareza.

Figura 8 - Fonte de Dados



Fonte: Elaborado pela autora

4.2 Características da organização

Realizou-se esta pesquisa em uma organização religiosa privada, filantrópica, atuante no cenário nacional há mais de um século, como prestadora de serviços nas áreas da saúde, assistência social e educação, estando orientada pelas boas práticas e demonstrando relevante entrega de serviços à sociedade em geral. No momento desta investigação a organização encontrava-se responsável pela administração de 21 entidades, em diferentes unidades federativas do país, compreendendo unidades de ensino, creches, lar de idosos e hospitais.

As unidades de atendimento à saúde são próprias, ofertam leitos aos setores público e privado, em hospitais gerais e especializado, de médio e grande portes. A unidade especializada presta serviços na área materno infantil, sendo uma das 7 maternidades que compõe a rede, que é reconhecida pela tradição dos serviços prestados nesta área.

As unidades hospitalares se diferenciam pelo tipo de atendimento, porte, complexidade, modelo de gestão e localidade, uma vez que estão distribuídas em diferentes regiões do país. Tal fato configura uma organização composta por unidades com estruturas heterogêneas, onde são encontrados hospitais com diferentes características e estruturas. Algumas unidades possuem certificações internacionais e/ou nacionais e outras ainda sem nenhuma; algumas são

superavitárias, enquanto outras totalmente dependentes de aportes financeiros, o que caracteriza sua diversidade e explica as diferenças de recursos disponíveis de cada hospital.

Dentre as 11 unidades hospitalares que compõem a rede, 2 possuem certificações internacionais, 2 com creditações de certificadora nacional, e as demais encontram-se em diferentes estágios e momentos de estruturação da área de qualidade e segurança do paciente.

No segmento da saúde, a organização foi responsável por aproximadamente 130 mil internações e mais de 4.3 milhões de procedimentos ambulatoriais no ano de 2019, conforme informado pela instituição, que se utiliza do DATASUS.

A instituição vem se estruturando por meio da adoção de novas perspectivas da gestão empresarial, direcionada por princípios de transparência, equidade, prestação de contas e sustentabilidade organizacional, que representam ações inovadoras à organização reconhecida pela tradição e forte presença de religiosos em cargos de comando. Há alguns anos constituiu uma área corporativa destinada à organização, administração e controle de todas as unidades de negócio, respondendo pelas políticas, normas, regulamentos e ao conjunto de processos, de forma a estabelecer diretrizes e oferecer suportes técnico, logístico e administrativo às unidades do grupo.

No ano de 2015, foi instituída a área corporativa de Qualidade e Segurança do Paciente, responsável por estabelecer as diretrizes, determinar políticas, normas e procedimentos a serem adotados pelas unidades de prestação de serviços à saúde, com o propósito de organizar, padronizar, monitorar e desenvolver práticas e programas que promovam a qualidade assistencial e a segurança do paciente. Como citado anteriormente, as diferentes características existentes entre os hospitais da rede, cada um possui estrutura própria da qualidade e segurança do paciente, que se mostram dimensionadas conforme características e recursos disponíveis em cada unidade, com no mínimo um profissional especialista.

Em relação à qualidade no cuidado de saúde, a organização está sendo direcionada, principalmente, por condutas e procedimentos que seguem os preceitos determinados pela ciência da melhoria, que segundo Portela et al. (2016) é uma área de estudo ainda em construção, podendo ser entendida como a implementação de mudanças que, direta ou indiretamente, estabelecem melhores resultados de saúde. As autoras esclarecem que a melhoria ocorre por meio da incorporação de medidas que promovem padronizações técnicas e, sobretudo, a fusão de pessoas ao contexto da organização. Diante da diversidade formada pelos hospitais da rede, outras iniciativas que perseguem os mesmos objetivos, com medidas que diminuam a variabilidade de processos e incrementem os resultados assistenciais, são implementadas, oferecendo flexibilidade e ajustes a cada uma delas. Outras metodologias como o *Lean-healthcare*, com abordagens multidisciplinares, que visam diminuir desperdícios e aumentar a qualidade e segurança dos

pacientes, com foco na adequação de processos, foram implementadas em alguns hospitais.

Um projeto corporativo em parceria com o IHI foi realizado entre os anos de 2016 e 2017, desenvolvido em todas as unidades de saúde da rede, com o objetivo de desenvolver as habilidades e competências necessárias para execução de projetos voltados à melhoria, sendo responsável por disseminar a metodologia nos serviços, além de auferir resultados exitosos.

Desta forma, fica caracterizado que a organização possui um recente histórico de implantação de novos modelos de gestão e de desenvolvimento da cultura da qualidade e segurança do paciente.

Tabela 1 - Categorização dos Hospitais do Grupo

Hospital	Nº Leitos	Atendimento	Tipo	Estado
A	209	Privado	Geral	RJ
B	98	Misto	Geral	RJ*
C	145	Misto	Geral	MT
D	396	Misto	Geral	SC*
E	328	Privado	Geral	SP*
F	258	Misto	Geral	SC
G	128	Misto	Geral	RJ*
H	165	Misto	Geral	RJ
I	104	SUS	Especializado	SP*
J	63	Misto	Geral	SC
K	82	Misto	Geral	ES

* Hospital convidado - Elaborado pela autora

As unidades hospitalares pertencentes à organização estudada estão apresentadas na Tabela 1, caracterizadas por porte, tipo de atendimento e distribuição no território nacional, com destaque às unidades escolhidas para realização da pesquisa de campo.

Dentre as iniciativas da área corporativa relacionadas ao objeto desta pesquisa, que subsidiaram as análises de dados, se destacam a implantação de um sistema informatizado de notificação de eventos adversos, no ano de 2018, e a realização de uma pesquisa de cultura da segurança, aplicada no ano de 2019, a primeira realizada nos hospitais da rede. Embora existam hospitais da rede que desenvolvem ações de qualidade e segurança há mais de duas décadas, a maior parte deles, como mostrado anteriormente, trata do tema há pouco tempo.

Todas as unidades seguem as diretrizes corporativas, que determinam em sua “Política de Notificação” que todo evento adverso grave (EAG) deve ser notificado à administração corporativa, para apoio nas ações de mitigação de dano e análise, em um prazo de 48h de sua ocorrência, por meio de preenchimento de formulário disponibilizado eletronicamente.

Conforme descrito no documento, EAG é qualquer evento ou circunstância que tenha causado dano grave (físico ou psicológico) ou óbito ao paciente. Dano grave é definido pela organização como aquele que requer intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico cirúrgica ou que causou dano permanente ou em longo prazo; perturbação fetal ou anomalia congênita.

Em relação às análises de eventos adversos, está padronizado que são de responsabilidade das estruturas de qualidade e segurança do paciente de cada hospital. Para isso, estão disponibilizadas algumas técnicas que, invariavelmente, utilizam o modelo apresentado no Protocolo de Londres, como é chamado o método de análise no Brasil, que organiza os elementos, segundo origem, em 7 grupos de fatores, que são: (I) fatores do paciente; (II) fatores da tarefa/tecnologia; (III) fatores individuais/staf; (IV) fatores de equipe; (V) fatores ambientais; (VI) fatores organizacionais e de gestão; (VII) fatores do contexto institucional /sistema de saúde (VINCENT; AMALBERTI, 2016). O documento utilizado pelos hospitais encontra-se no final do trabalho (Anexo I).

4.3 Etapas da pesquisa

Apresentam-se aqui a condução da pesquisa e as principais fontes utilizadas para compor esta investigação, que foi constituída de diferentes etapas, que se sobrepuseram e complementaram.

4.3.1 Levantamento bibliográfico

O levantamento bibliográfico foi realizado pelo Sistema de Bibliotecas da Fundação Getúlio Vargas, utilizando-se de recursos de pesquisa do acervo acadêmico da FGV através do *EBSCO Discovery Service*, que oferece acesso a publicações nacionais e internacionais disponibilizadas em diversas bases de dados. Outras buscas de artigos, dissertações e teses foram realizadas pela internet, além de acesso a livros e alguns periódicos.

A leitura de textos e obras de referência determinou a identificação de outros autores, possibilitando o desenvolvimento do referencial teórico dos construtos “comunicação” e “segurança do paciente”, além das bases que sustentaram as discussões.

4.3.2 Aspectos éticos

A autorização da pesquisa foi formalizada por meio de assinaturas dos termos de Autorização Institucional³, com apreciação do Comitê de Conformidade Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPH) da FGV. Foram colhidas assinaturas dos responsáveis corporativos e

³ Os documentos encontram-se em poder da pesquisadora

diretorias executivas dos 5 hospitais convidados a participar da pesquisa de campo, onde foram realizadas as entrevistas.

Em relação às entrevistas, foram realizadas um total de 15 entrevistas em profundidade, com profissionais da equipe de saúde, sendo 6 médicos e 9 enfermeiros, cujos critérios de elegibilidade foram pertencer ao quadro de funcionários do grupo e atuar na assistência direta ao paciente. Buscou-se garantir que pelo menos um médico e um enfermeiro trabalhassem no mesmo hospital, sem obrigatoriedade de atuarem na mesma unidade de atendimento. Cada hospital foi responsável por indicar os profissionais a participarem das entrevistas, no período correspondente aos meses de setembro e outubro de 2020. O roteiro com as questões norteadoras está disponibilizado no Apêndice A.

Todos entrevistados assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconizado pelo CEPH, e autorizaram a gravação das conversas.

O tamanho, a diversidade e a complexidade de atendimentos prestados nos hospitais serviram de critérios de seleção, além de diferenças estruturais e de níveis de certificações de acreditação hospitalar apresentadas por cada unidade. Buscou-se abranger hospitais gerais e especializado, com atendimentos público, privado e misto (SUS e não SUS). Dentre os hospitais escolhidos, 2 estão localizados na cidade de São Paulo, 2 em cidades do estado do Rio de Janeiro e 1 na região sul do país, numa cidade de Santa Catarina.

4.3.3 Coleta de dados

Em relação ao levantamento de dados institucionais, foi feito contato com os especialistas corporativos da qualidade e segurança do paciente, para acesso às notificações recebidas das 11 unidades hospitalares pertencentes ao grupo, no período de março de 2019 a fevereiro de 2020, correspondendo assim às notificações de eventos adversos graves ocorridos neste intervalo de 12 meses. O recorte do referido período atendeu à sugestão da própria área corporativa, visando à maior fidedignidade de dados, devido ao aumento na aderência dos hospitais ao sistema informatizado de notificação.

Os dados referentes às notificações foram disponibilizados em planilhas de Excel® e se encontravam compilados, conforme padrão corporativo. Os documentos referentes às análises dos eventos adversos graves se encontravam em arquivos de Word® ou em extensão pdf. Foi realizada inicialmente uma varredura minuciosa dos dados para respectiva tratativa, e realizados eventuais contatos com a equipe corporativa de segurança do paciente para esclarecimentos de dúvidas e complementação de informações. Uma nova organização foi realizada pela autora, filtrando nos dados gerais dos eventos notificados informações sobre gênero, idade, mortalidade

e classificação do incidente.

A classificação dos EAG encontrava-se agrupada segundo “categoria” e “tipo”, seguindo os critérios próprios da organização, que utiliza 4 grandes categorias e 14 enunciados para tipos de evento adversos graves.

A tipologia foi desenvolvida pela área corporativa e é disponibilizada para os hospitais do grupo por meio de um formulário eletrónico, disponibilizado em uma plataforma digital (Anexo II). Preenchidos pelas áreas de qualidade e segurança de cada unidade, as notificações seguem a seguinte classificação:

Quadro 5 - Categoria de Evento Adverso Grave (EAG)

Eventos relacionados à gestão do cuidado
Eventos relacionados a procedimentos cirúrgicos ou invasivos
Eventos relacionados a produtos ou dispositivos
Eventos relacionados à proteção do paciente

Fonte: Dados extraídos do material disponibilizado pela Organização - Elaborado pela autora

Quadro 6 - Tipo de Evento Adverso Grave (EAG)

Classificação da Organização	Classificação da Autora
Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no local errado.	Cirurgia/procedimento invasivo errado
Óbito intra operatório ou imediatamente pós operatório/pós procedimento em paciente ASA Classe 1	Intra/pós operatório - ASA 1
Óbito ou lesão grave associados a falha/retardo no diagnóstico, tratamento e/ou reconhecimento de deterioração clínica	Falha diagnóstico/tratamento de deterioração clínica
Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (por exemplo, erros envolvendo a droga errada, a dose errada, o paciente errado, a hora errada, a velocidade errada, a preparação errada ou a via de administração errada).	Erro medicação
Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda enquanto sob cuidados de uma organização prestadora de cuidado de saúde.	Queda
Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos, dispositivos ou biológicos contaminados fornecidos pela organização prestadora de cuidado de saúde.	Medicação/Dispositivo biológico contaminado
Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de ou à função de um dispositivo no cuidado ao paciente, no qual o dispositivo é usado para outras funções que não a pretendida.	Uso inadequado de dispositivo
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.	Falha resultado exame de laboratório/radiologia/patologia
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível	Perda amostra biológica
Óbito ou lesão grave do neonato associados a trabalho de parto ou a parto em gestação de baixo risco.	Neonatal parto/parto gestação BR
Óbito ou lesão grave materna associados ao trabalho de parto ou parto em gestações de baixo risco enquanto assistida por uma organização prestadora de cuidados de saúde.	Materna parto/parto gestações BR
Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.	Cirurgia/Procedimento paciente errado
Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.	Retenção corpo estranho
Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria enquanto estiver recebendo cuidados em uma organização prestadora de cuidado de saúde.	Tentativa suicídio

* BR - baixo risco

Fonte: Dados extraídos do material disponibilizado pela Organização - Elaborado pela autora

A descrição dos tipos de incidentes foi simplificada pela autora, conforme pode ser observado na coluna da direita no Quadro 6, a fim de favorecer as representações gráficas e comentários durante a apresentação dos resultados.

A análise dos EAG possibilitou a descrição geral dos dados, a fim de apresentar as informações das frequências, demografia dos pacientes, mortalidade, localidade e classificação quanto a categorias e tipos de incidentes, submetidos à análise descritiva. Para identificar aspectos de comunicação que possam ter contribuído com os referidos incidentes, foi necessário acessar as respectivas análises, que não estavam disponíveis em todas as ocorrências. Para este fim, foram considerados os EAG acompanhados das respectivas análises de causa raiz (ACR).

Aplicada no primeiro semestre de 2019, em 10 das 11 unidades do grupo, a pesquisa *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* serviu de parâmetro para esboçar o grau de maturidade institucional da cultura de segurança do paciente, que segundo Reis et al. (2012) possibilita acessar informações dos funcionários sobre suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, reconhecendo aspectos fragilizados e fortalecidos de sua cultura de segurança.

As dimensões do instrumento do AHRQ, utilizado na pesquisa de segurança, serviram de direcionadores para a codificação e categorização dos dados, que embora não tenham a elas se limitado, foram relevantes à análise de conteúdo, uma vez que não estavam definidas a priori. Os achados dos relatórios de incidentes e as entrevistas foram sendo codificados segundo núcleos de sentido, tendo como unidade de registro o tema, agrupados e categorizados segundo critérios semântico e léxico.

As entrevistas foram realizadas por meio de vídeo chamadas, sendo que 3 delas precisaram ser completadas por chamadas telefônicas, dado a dificuldades de conexão. Participaram representantes das áreas de internação médico cirúrgica, unidade de terapia intensiva, pronto atendimento adulto e infantil, maternidade, oncologia, serviço de controle de infecção hospitalar e ambulatório.

A duração das entrevistas foi, aproximadamente, de 50 minutos e os conteúdos integralmente transcritos. Após esta etapa, as narrativas foram analisadas e interpretadas segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin (FRANCO; PUGLISI, 2005).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O produto da análise de dados será tratado neste tópico refletindo os resultados obtidos por meio de entrevistas realizadas com médicos e enfermeiros e os dados organizacionais gerados pela pesquisa de cultura de segurança e as notificações de eventos adversos graves e relatórios de investigação de incidentes.

Com o propósito de organizar as diferentes informações, favorecendo a compreensão dos dados, optou-se por distribuir os achados em 3 blocos. Inicialmente serão apresentados os processos de comunicação no contexto assistencial pesquisado. Como segundo bloco serão expostos os principais fatores que influenciaram os atos comunicativos e, por fim, as perspectivas para melhores práticas de comunicação sugeridas pelos participantes.

5.1 A comunicação no contexto organizacional pesquisado

Em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes, 10 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino, sendo que todos os homens pertenciam a categoria profissional médica. A idade variou de 34 a 48 anos, com tempo médio de empresa de 7 anos e 3 meses. Todos referiram pelo menos uma especialização, com 12 anos de formado em média.

Os 15 entrevistados, sendo 9 enfermeiros, aqui identificados com a sigla E e 6 médicos, com a sigla M, consideraram a comunicação essencial ao processo assistencial e diretamente relacionada à prestação de um cuidado seguro. A comunicação interpessoal foi destacada como elemento estratégico à obtenção de melhores resultados, assim como as atitudes e competências. Igualmente foram apontados desafios percebidos em sua prática, que envolvem os aspectos tangíveis e intangíveis do processo de comunicação, revelando sua complexidade.

O desenvolvimento de uma cultura de educação permanente associada a outras campanhas organizacionais perseguem a ampliação da cultura organizacional. Esta, nos serviços de saúde, é influenciada pela segurança do paciente e a necessidade de redução de riscos associados à assistência, favorecendo a comunicação interprofissional (COSTA, 2018). Desta forma, um olhar sistêmico da organização é demandado para a compreensão e reflexão menos distorcida dos fenômenos comunicacionais.

A importância das práticas comunicativas para o cuidado seguro e as habilidades e competências pessoais que elas exigem foram apontadas nos trechos a seguir:

“ Eu enxergo isso como uma coisa crítica para se evitar eventos adversos graves. Não só do médico com o enfermeiro, o contrário também, do enfermeiro para com o médico, a gente vê que é uma coisa extremamente importante. E mesmo de médico para médico, de médico para farmacêutico, de farmacêutico para enfermeiro. Práticas melhores de comunicação costumam dar resultados melhores em termos de evitar os eventos adversos.” (M3)

“ A comunicação depende de pessoas, não é uma coisa fácil. Depende de muito treinamento, de conhecimento de comunicação, de conhecimento de processos.” (E7)

No relato que se segue, o entrevistado fala sobre a comunicação que ocorre corriqueiramente com os enfermeiros, o que Cornett e Kuziemy (2018) chamam de comunicação implícita – aquela que emerge informalmente como parte da prestação de cuidados, e suas subjetividades que impactam na dinâmica do atendimento ao paciente oferecendo maior risco, uma vez que dependem da confiança e do bom entrosamento da equipe. Contudo, o entrevistado expressa ser incomum um gestor dedicar tempo a problemas relacionados à comunicação, principalmente os aspectos relacionais, devido à dificuldade em torná-los tangíveis.

“ É difícil o gestor ajudar nos processos de comunicação, porque o gestor tem que dar resultado, tem que mostrar para a direção o que ele está fazendo. Como é um processo que eu ainda considero um pouco subjetivo, apesar de extremamente necessário, eu acho difícil” (M5)

Compreendendo a comunicação como um ato relacional inerente à condição humana e à prestação de cuidados em saúde, fundamentada no/pelo trabalho em equipe, cujo objetivo único é a busca de um desfecho livre de danos desnecessários ao paciente, uma abordagem humanista, servida de criticidade para examinar os processos interativos sob a ótica relacional parece incontestável no âmbito da assistência à saúde. No entanto, o relato anterior expõe a realidade presente e dominante na esfera institucional, seus condicionantes internos e externos, onde assiduamente o foco está nas ações pragmáticas dos atos comunicativos, regulamentados essencialmente pelas funções informacionais, instrumentalizadas e mecanicistas da comunicação, conforme concebido por Kunsch (2018) em sua dissertação sobre a comunicação nas organizações.

Foram captadas as relações de poder, conhecimento e discurso do ambiente assistencial, que configuraram algumas preocupações em relação à comunicação, tanto dos mecanismos que exigem elevada habilidade técnica comunicacional, como dos determinantes das relações interpessoais.

Outro ponto relevante se relaciona com termos empregados pelos entrevistados para descreverem o sucesso dos atos comunicativos e como eles favorecem o processo assistencial e

a prestação do cuidado mais seguro. A palavra “efetiva” foi empregada 28 vezes por enfermeiros e 1 vez por médico, sendo que em 26 vezes foi precedida da palavra “comunicação”. Outro termo que emergiu das falas, com o mesmo valor semântico, foi “comunicação assertiva”, citado por dois profissionais, um enfermeiro e um médico, mostrando variações em referência ao tema. A seguir estão apresentados trechos que ilustram o emprego dos vocábulos e o entendimento que as entrevistadas possuem do tema:

► Comunicação efetiva

“*A gente precisa garantir a comunicação efetiva, porque a maioria dos eventos adversos, dos nossos problemas, são por falta de comunicação efetiva. A gente precisa garantir em todos os processos, tanto de forma verbal, como de forma escrita. Garantir que mais pessoas sirvam como barreiras e documentos sejam utilizados, para que essa ferramenta e essa comunicação prossiga para onde o paciente for. O paciente vem cheio de informações, ele tem exames, medicações, complexidades. Eu preciso garantir que eu vou dar continuidade para esse tratamento. Porque eu posso prejudicar clinicamente, posso atrasar um procedimento, posso atrapalhar a clínica. A comunicação é fundamental. Sem ela, nós não temos segurança do paciente.*” (E7)

“*Para mim, uma comunicação efetiva é uma comunicação clara. Objetiva. Que eu tenho a certeza que a pessoa com quem eu estou me comunicando entendeu o que eu estou dizendo. Que eu me certifiquei que essa pessoa entendeu mesmo. Essa é uma comunicação efetiva.*” (E7)

► Comunicação assertiva

“*Eu acho que a comunicação é a base para a gente manter a segurança do paciente. Problemas de comunicação geram eventos, geram incidentes. E a gente conseguiria otimizar e mitigar muitas coisas se todas as comunicações fossem 100% assertivas, tanto por escrito quanto verbal. [...] Em muitos SACs que eu respondo, muitas questões são problemas de comunicação. Problema de passagem de plantão, de comunicação médica, de orientação para o paciente sobre o ocorrido. O paciente, não só hoje, mas sempre, exige cada vez mais que a gente dê essa informação para ele. Acho que você pode mitigar muita queixa e muita reclamação e muita falta de segurança se você conversa mais, se você passa essa informação correta, coerente, a tempo, para as pessoas corretas.*” (E6)

“Comunicação assertiva é receber todas as informações necessárias no tempo certo, da maneira certa, com a informação correta para as pessoas corretas, para que a gente mitigue qualquer tipo de dano ou evento no viés de comunicação. Receber todas as informações corretas em todo o período, em todos os horários, para todas as pessoas. Com o tom de voz claro, da maneira clara e que tenha esse feedback para saber se a pessoa entendeu, porque eu acho que a comunicação não é só uma via única. Eu coloquei a informação lá no grupo, mas como a pessoa recebeu essa informação? É todo um processo de comunicação, o quanto eu falei e o quanto a pessoa ouviu, interpretou e entendeu em relação àquilo. Senão, é só informação, não é comunicação.” (E6)

Termo utilizado com frequência na saúde, comunicação efetiva é conceituada por alguns autores como aquela em que ocorre o contato visual, a escuta e compreensão da mensagem (GUZINSKI et al., 2019), como também aquela que se utiliza de uma linguagem clara, estruturada e segue técnicas corretas de comunicação (BIASIBETTI et al., 2019). As definições apresentadas pelas enfermeiras revelam um apurado entendimento dos processos comunicativos, compreendendo não apenas sua função informativa, mas também interacional, como dinâmica social.

A comunicação assertiva descrita por E6 parece englobar gama abrangente de aspectos comunicacionais que vão além da assertividade. Para Martins (2017, p. 11–13) (2017), assertividade vem de asserções, que quer dizer “tornar firme, consolidar, confirmar e declarar com firmeza”. Para ela, a postura assertiva equilibra “extremos inadequados, um por excesso (agressão), outro por falta (submissão)”. Comunicação assertiva não envolveria apenas sinceridade e objetividade, correspondendo sobretudo à comunicação ética entre as pessoas.

Segundo Raina (2019), assertividade, de um modo geral, é definida como defender seu próprio direito e comunicar pensamentos, sentimentos e crenças de uma maneira sincera, direta e apropriada, sem violar os direitos dos outros; também pressupõe um interesse na satisfação de necessidades e desejos por meio da cooperação. Um comportamento não assertivo está vinculado a variáveis de personalidade afetiva como a baixa auto-estima; ansiedade inibitória; ansiedade social ou medo de desaprovação. A autora se refere a estudos que revelaram relação direta e positiva entre assertividade e elevada auto-estima, extroversão e abertura para experiências, indicando que, provavelmente, pessoas com comportamento assertivo possuem maior apoio social e desfrutam de melhor bem-estar emocional.

Ficou constatado que a efetividade de processos comunicativos depende de uma complexa combinação de elementos, além da permanente e inevitável exposição a ruídos.

5.1.1 A pesquisa de Cultura de Segurança

Os resultados da pesquisa de Cultura de Segurança (HSOPSC), realizada pela área corporativa de segurança do paciente no início de 2019, em 10 hospitais da organização estudada, mapeou as 12 dimensões previstas no instrumento. Os resultados aqui apresentados se referem à cultura de segurança geral da organização, obtidos por meio de acesso documental.

A organização obteve 4.399 questionários respondidos pelos seus colaboradores, o que correspondeu a 51,6% do total de funcionários das unidades participantes. Foi encontrada uma média de 54% de respostas positivas; esta média reflete a percepção geral de todas as dimensões da cultura de segurança na organização. Os Gráficos 1 e 2 trazem as dimensões com os percentuais de respostas positivas mais altos, e os mais baixos obtidos no agrupamento dos hospitais.

**Gráfico 1 - Pesquisa de Cultura da Segurança -
Dimensões com maior percentual de respostas positivas**

Áreas com cultura de segurança fortalecida

Aprendizagem organizacional/ melhoria contínua

60%

considera que erros levam a mudanças positivas, que são avaliadas quanto à sua efetividade

Expectativa e ações dos supervisores/gerências para promoção da segurança do paciente

59%

indica que os supervisores e gerentes consideram as sugestões feitas pela equipe, não negligenciam os problemas relacionados a segurança do paciente e elogiam os colaboradores por seguir processos seguros

Trabalho em equipe nas unidades

58%

considera que os funcionários apoiam uns aos outros, tratam uns aos outros com respeito e trabalham juntos como uma equipe

Fonte: Dados coletados na Organização, elaborado pela autora

Quando observados todos os hospitais, as três dimensões de maior percentual de respostas positivas corresponderam a “Aprendizagem organizacional/Melhoria contínua”: onde 60% consideram que erros levam a mudanças; “Expectativas e ações dos supervisores/gerências para segurança do paciente”: na qual 59% indicam que as lideranças consideram as sugestões feitas pela equipe; “Trabalho em equipe nas unidades”: com 58% considerando apoio mútuo e respeito no trato entre funcionários. Este cenário demonstra que nenhuma dimensão apresentou

o nível de fortaleza da cultura de segurança do paciente, que conforme o AHRQ ocorre quando a dimensão obtém mais de 75% de respostas positivas (MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016).

A dimensão mais bem avaliada para cultura de segurança do paciente foi “Aprendizagem organizacional/Melhoria contínua”, refletindo possivelmente as iniciativas da área corporativa de qualidade e segurança do paciente, bem como iniciativas das unidades, que fomentam e desenvolvem ações voltadas à melhoria, há alguns anos. Os projetos implantados têm como objetivo capacitar e sensibilizar profissionais para identificação de oportunidades de melhoria e a implantação de medidas eficientes. Alguns trechos de entrevistas reforçaram esta percepção.

“ OSAC veio para nós como risco técnico. Nós tivemos que responder. A gente acionou a gestão da qualidade, fizemos um plano de ação, batemos o fluxo de paciente, principalmente da gestante, vimos quais eram as oportunidades de melhorias [...] envolvemos toda a equipe, técnicos de enfermagem, líderes assistenciais, para desenhar esse fluxo e melhorar.” (E8)

Neste caso, uma queixa direcionada à área de atendimento ao cliente deu origem à revisão do fluxo do paciente, com identificação das oportunidades de melhoria envolvendo boa parte da equipe. A entrevistada explicou que “risco técnico” é uma denominação própria do hospital, que classifica as queixas a fim de identificar riscos, e risco técnico é considerado como uma queixa de prioridade alta. A enfermeira, espontaneamente, complementou seu relato com outro exemplo em que a aprendizagem com falhas fica evidenciada nas práticas de discussão dos casos em equipe e identificação de pontos a melhorar, como selecionado a seguir:

“ Toda vez que a gente tem uma parada cardiorrespiratória dentro da emergência, a gente chama toda a equipe que atendeu, juntamente com a equipe médica, para falar sobre as oportunidades de melhoria...para discutir o caso, o que aconteceu, o que a gente pode melhorar, onde a gente errou.” (E8)

Outra dimensão igualmente mais bem avaliada - “Expectativas e ações dos supervisores/gerências para segurança do paciente”, revela que mais da metade dos entrevistados percebe que as boas práticas de segurança do paciente são implementadas com o apoio da alta liderança, que se mostra receptiva às sugestões feitas pela equipe e não negligencia os problemas relacionados à segurança do paciente.

O “Trabalho em equipe nas unidades”, terceira dimensão com percentual de resposta positiva mais alto, está relacionada com as duas primeiras dimensões, que se caracterizam por atividade em equipe, realizadas dentro das unidades, em busca de oportunidades de melhorias. O

trecho da entrevista a seguir ilustra esta questão, bem como o apoio e a participação de lideranças.

“Hoje, a gente percebe que as situações que a gente leva, as ideias de melhoria que a gente apresenta, são também passadas pela liderança para a equipe e a gente consegue ajustar alguns pontos do nosso dia a dia. [...] o que fortalece muito é o suporte que a gente tem de quem está acima da gente. Ter o suporte das nossas lideranças, para questionar os processos, ajuda muito.” (E3)

Quanto às dimensões que obtiveram os menores percentuais de respostas positivas, obteve-se como as três principais “Resposta não punitiva ao erro”: onde 27% consideram que eventos notificados não são usados contra eles; “Dimensionamento profissional”: em que 38% indicam que há número de profissional suficiente; “Transição do cuidado”: com 40% considerando que a informação não é perdida.

Gráfico 2 - Pesquisa de Cultura da Segurança - Dimensões com menor percentual de respostas positivas

Áreas com potencial de melhoria

Resposta não punitiva ao erro

27%

indica que os eventos notificados não são usados contra eles e que os erros não são mantidos em seu prontuário profissional

Dimensionamento profissional

38%

indica que há profissionais suficientes para lidar com a carga e horas de trabalho para prestar o melhor cuidado possível

Transição de cuidado

40%

indica que a informação não é perdida durante transição do cuidado

Fonte: Dados coletados na Organização - Elaborado pela autora

A dimensão de menor percentual de respostas positivas - “Resposta não punitiva ao erro”, identificada como área enfraquecida da cultura de segurança do paciente também em outros estudos nacionais (ANDRADE et al., 2018; MINUZZI; SALUM; LOCKS, 2016), aponta que uma pequena porcentagem dos colaboradores indicou que os eventos notificados não são usados contra eles. Este achado se mostrou relevante para esta pesquisa, que buscou

compreender aspectos da comunicação como dinâmica social, se servindo de autores que apresentam visões ampliadas e sistêmicas do ambiente organizacional, onde convivem pessoas e entes sociais em constante interação. Estão presentes fortemente, no ambiente da organização estudada, os traços intimidadores e repreensivos que desfavorecem um clima de comunicação aberta, caracterizado pelo diálogo e o estímulo à interação dos indivíduos como esperado no contexto profissional, como defendem Bergman, Dellve e Skagert (2016). O fortalecimento da cultura de segurança do paciente requer a transformação do ambiente punitivo em contexto em que as pessoas se sintam à vontade para admitir suas falhas em busca de melhoria dos processos. Este resultado corresponde a estágio mais inicial de desenvolvimento da maturidade organizacional para a segurança do paciente (Frankel et al, 2017).)

Em relação ao dimensionamento de pessoal, mais de 1/3 dos entrevistados apontou o número de profissionais como insuficiente para atender o volume e a carga de trabalho, impactando na qualidade do serviço prestado, achado recorrente na literatura (LIMA et al., 2017; DUARTE et al., 2015; PENA; MELLEIRO, 2017; GUTIERRES et al., 2018). Relatórios de investigação de incidentes indicam o subdimensionamento como um dos fatores para a vulnerabilidade dos sistemas, estando associado à problemas da organização (VINCENT; AMALBERTI, 2016b).

A sobrecarga de trabalho e as falhas relacionadas à transição do cuidado aparecem misturados a outras questões comportamentais, que bloqueiam o necessário intercâmbio de informações, prejudicando o paciente.

“ A gente tem muito de o paciente ficar intubado no andar quando não tem vaga na UTI... sobrecarrega um, sobrecarrega outro... e acaba de se perder alguma coisa. Era para ter ligado uma bomba de glicoinsulina, não ligou, vai ligar mais tarde... isso acontece com frequência e eu acredito que é mesmo falta de comunicação, às vezes até do médico prescrever, pegar o telefone, ligar lá: ‘Olha, eu acabei de prescrever’. Deixou no sistema e não avisou ninguém, entendeu? Eu acho que tem muito isso também.” (M4)

No relato subsequente existe um paradoxo imposto pela sobrecarga de trabalho associada à necessidade de registro formal, escrito, hábito pouco apreciado pelos médicos, como será tratado mais à frente. A segurança esperada pelas condições adequadas de recursos humanos à demanda de trabalho, se mostra impactada pelas exigências de documentar-se formalmente as ações inerentes ao cuidado dispensado, por meio de registros escritos.

“A demanda que gera um paciente que está sendo admitido, é tamanha, não só demanda de trabalho, mas hoje o que a gente vê é que existe um malefício com isso tudo, que há uma sobrecarga de trabalho do profissional, porque ele tem que escrever isso tudo, o que transfere segurança também, e gera carga de trabalho. E, às vezes, a pessoa dá tanta importância para escrever aquilo que está acontecendo, que deixa de executar alguma determinada ordem no tempo que deveria ser executada. O que eu mais vejo em UTI é atraso de medicação.” (M6)

A dimensão que trata da transição do cuidado recebeu uma avaliação baixa (40%), sendo que o esperado era que os funcionários considerassem o risco existente na transição do cuidado, como passagens de plantão, transferências entre unidades e encaminhamento a outros setores, uma vez que são frequentes perdas de informações nesses momentos.

Diferentemente deste resultado obtido na pesquisa de cultura de segurança do paciente, todos os profissionais entrevistados apontaram a transição do cuidado ou “handover” como momento em que algumas informações são perdidas e podem comprometer a continuidade do cuidado e segurança dos pacientes. Isto pode ser justificado pelo fato de o grupo ser constituído exclusivamente por profissionais da saúde, que prestam assistência direta aos pacientes e participam da transição do cuidado. Alguns trechos foram selecionados para ilustrar a percepção dos entrevistados em relação às falhas observadas durante estes processos.

“Eu acho que se perdem algumas questões em troca de turno, relacionadas a esquecimento de exames, à questão de, até mesmo, perder estabilidade de quimioterapia. Tive um caso de um paciente de leucemia, que usava um medicamento caro, que depende de eletro pré-químio, e o médico precisa avaliar esse eletro para poder liberar a medicação ou não. A enfermeira fez o eletro e acabou já pedindo para manipular. [...] O médico chegou, avaliou, a medicação estava pronta e o médico olhou: “Não, hoje está suspenso...” A estabilidade da medicação é 24 horas, então combinamos que na amanhã seguinte iríamos fazer o eletro, ligar para a equipe médica para alguém olhar esse eletro, senão a gente iria perder essa droga. Isso passou da manhã para a tarde, da tarde para a noite, quem disse que chegou de manhã? [...] a equipe trabalhava 12 x 36 e no dia seguinte eram outras pessoas [...] o eletro não foi feito e a droga foi jogada no lixo.” (E6)

O relato anterior mostra o quão desafiadoras são a coordenação e continuidade do cuidado, demandando uma orquestração que assegure a transversalidade da assistência. Desta forma, pode-se afirmar que as ferramentas para transmissão de informação, o trabalho em equipe

e a coordenação do cuidado são necessárias e pertinentes às práticas seguras, devendo ocorrer de forma sistematizada e simultânea. Observa-se na própria narrativa pouco sequenciada, desencontros e confusões que denotam a vulnerabilidade do processo. A desorganização no encadeamento das ideias apresentadas sugere a falta de uma prática reflexiva sobre a rotina vivenciada na execução das tarefas.

“ Tem muita coisa de comunicação, principalmente passagem de plantão. Passagem de plantão é um telefone sem fio. Por isso a gente faz esse round, para depois a gente checar as informações que são realizadas ali. Porque o colega que está passando o plantão, por exemplo, às vezes está cansado, passou uma noite acordado, ou dormiu muito pouco. Então, invariavelmente, se perde a informação, ou se passa a informação de um leito vizinho. Isso é relativamente frequente. A gente utiliza a passagem de plantão escrita. Mas isso nada impede... Principalmente a falta de informação.” (M6)

Outras considerações relevantes extraídas da pesquisa de cultura foram que, dentre as diversas áreas respondentes, a área da diretoria apresentou maior percentual de respostas positivas (76%); quanto às categorias, os enfermeiros foram os que mais responderam positivamente à pesquisa (60%), e os auxiliares administrativos apresentaram o menor percentual (45%). Nota-se que o cargo ocupado foi um fator interveniente na estimativa do escore geral.

Como esclarecido anteriormente, o resultado da pesquisa de cultura de segurança serviu de pano de fundo para auxiliar na contextualização da organização e mapeamento do ambiente interno, propiciando a identificação de campos fortalecidos e fragilizados da cultura de segurança. O cenário revelado demonstrou oportunidades de melhoria para todas as dimensões da cultura de segurança do paciente, servindo de insumo para o planejamento de ações estratégicas no nível corporativo e individualmente para cada hospital, para o incremento de medidas de segurança do paciente.

5.1.2 As notificações de eventos adversos graves

Em relação aos dados obtidos no levantamento dos registros dos EAG, foram encontradas inicialmente 119 notificações, de 11 hospitais, no período de 12 meses. Dada a incompletude de alguns registros, 4 EAG foram excluídos da amostragem, que se definiu por 115 EAG. A análise descritiva de dados possibilitou conhecer a demografia dos pacientes, a taxa de mortalidade, localidade de ocorrência e tipo de EAG. Uma visão geral das unidades, frequências de notificações e mortalidade por sexo estão apresentadas a seguir (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das Notificações de EAG por Hospital, Mortalidade e Sexo

Hospital	EAG	Sexo		Óbitos	Taxa de mortalidade (%)	Sexo	
		F	M			F	M
A*	7	6	1	2	29%	2	0
B*	9	6	3	7	78%	4	3
C	11	8	3	4	36%	3	1
D*	10	7	3	8	80%	6	2
E	12	8	4	7	58%	6	1
F*	17	8	9	5	29%	3	2
G*	7	3	4	6	86%	3	3
H	2	1	1	1	50%	1	0
I*	36	23	13	8	22%	3	5
J	1	1	0	1	100%	1	0
K*	3	3	0	0	0%	0	0
TOTAL	115	74	41	49	43%	32	17

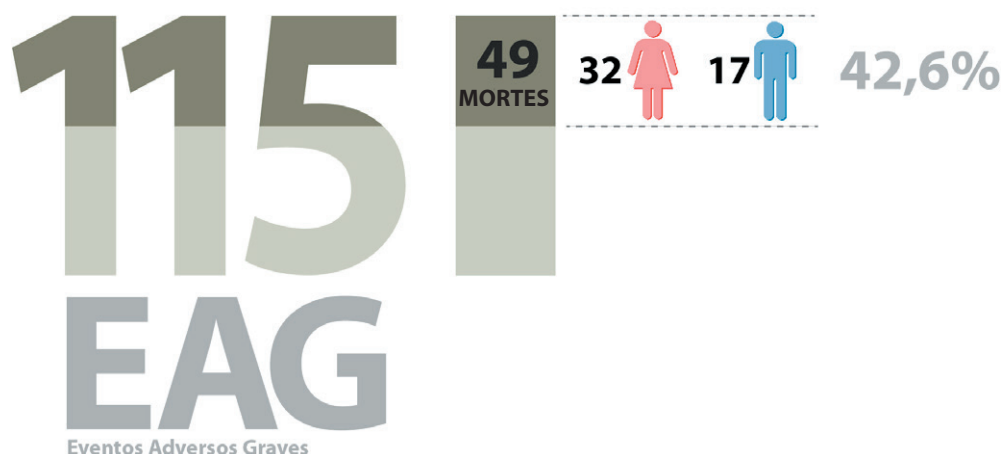
(*) Possui Maternidade

Elaborado pela autora

Nota-se que 64,3% das vítimas de EAG eram mulheres, percentual este acima dos achados da literatura, que é de 48,5% segundo o boletim da ANVISA (2019) e 46,9% de eventos adversos em mulheres em hospitais do SUS e 54,6% em hospitais não SUS segundo estudo do IEES (2018). A presença de serviços de maternidade nos hospitais estudados explica a prevalência do sexo feminino. Quando retiradas as 26 ocorrências relacionadas à maternidade, a razão entre os gêneros se mostra mais equivalente, sendo 54% do sexo feminino e 46% masculino.

A mortalidade geral encontrada foi de 42,6%, representada por 49 óbitos, sendo 32 do sexo feminino e 17 do sexo masculino. Quando calculadas as frequências relativas por gêneros, os óbitos se distribuíram de forma equilibrada entre mulheres e homens, com 43% e 41%, respectivamente, para taxa de mortalidade.

Gráfico 3 - Mortalidade por Gênero



Elaborado pela autora

Estudos trazem estimativas das taxas de mortalidade relacionadas a eventos adversos e auxiliam no dimensionamento do problema; no entanto, o reconhecimento de sua morbimortalidade ainda carece de clareza, além de estar relacionada a diferentes variáveis e contextos. Recorrendo mais uma vez aos dados disponibilizados no Anuário 2018 do IESS, as taxas de mortalidade no grupo estudado de pacientes com EAG assistidos no SUS e serviços não SUS representaram 37% e 28,8%, respectivamente, sendo 5,5% deles evitáveis.

É possível que a taxa de mortalidade encontrada nesta investigação esteja influenciada pelas subnotificações, que impactam no denominador e reforçam a fraca cultura de segurança. Invariavelmente, a questão a ser combatida é o dano a pacientes, de qualquer grau.

Quanto à distribuição dos eventos adversos graves por faixas etárias, os achados confirmaram a maior suscetibilidade para recém-nascidos prematuros e idosos acima de 65, sendo 23,5% para neonatos (idade gestacional não disponível) e 31,3% para idosos que, segundo Couto et. al (2018), são os indivíduos que formam os grupos de maior prevalência para EAG.

A análise da localidade de ocorrência dos EAG revelou que o centro obstétrico (33,9%), e o centro cirúrgico (26,1%) se destacaram, representando mais da metade das ocorrências. A prevalência de EAG no centro obstétrico foi influenciada pelo fato do hospital especializado em atendimento materno infantil ter sido responsável pelo maior número de notificações realizadas pelo grupo, com 36 registros de EAG (31,3%), sendo que 17 ocorreram no centro obstétrico.

Estudos realizados por Mendes et al. (2005) e (2009) apontaram a importância dos eventos cirúrgicos na ocorrência de EA. Em ambos, a unidade cirúrgica (CC) aparece como a localidade de maior prevalência de eventos adversos, e os autores também reconheceram que o elevado número de casos obstétricos, principalmente em países com baixa qualidade no

cuidado materno, reduzem a proporção relativa do número de casos não obstétricos.

Gráfico 4 - Distribuição de EAG por Localidade e Mortes



Base: 115 Elaborado pela autora

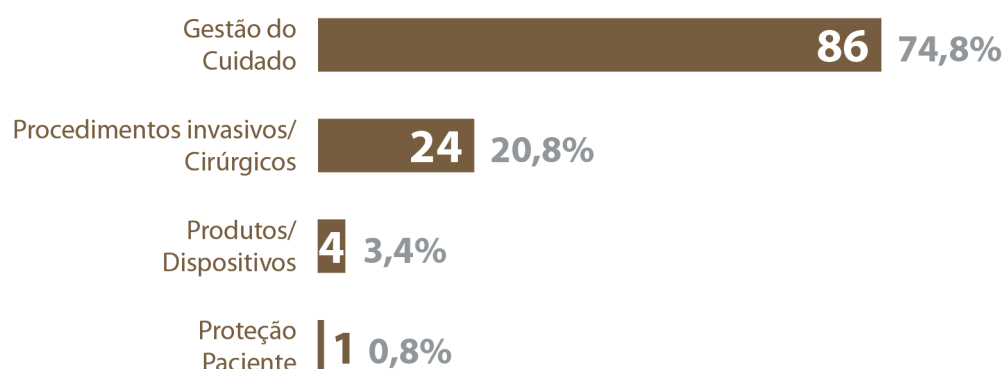
Taxas de mortalidade necessitam de análises mais completas, considerando-se outras variáveis não disponíveis para esta investigação, porém é possível deduzir que a mortalidade e sua distribuição por localidade estão associadas ao perfil das referidas unidades, caracterizadas por prestação de cuidados de maior complexidade, comumente associados a urgências e emergências.

Os gráficos que se seguem representam a distribuição dos EAG por categorias e tipos. Observa-se que a categoria de maior representatividade foi “gestão do cuidado”, responsável por 74,8% das notificações, com 86 EAG; outros 20,8% foram representados pelos eventos relacionados a procedimentos cirúrgicos, com 24 casos. As duas outras categorias, relacionadas a “produtos/dispositivos” e “proteção do paciente” obtiveram pouca representatividade.

Gráfico 5 - Distribuição dos EAG por Categoria

EAG

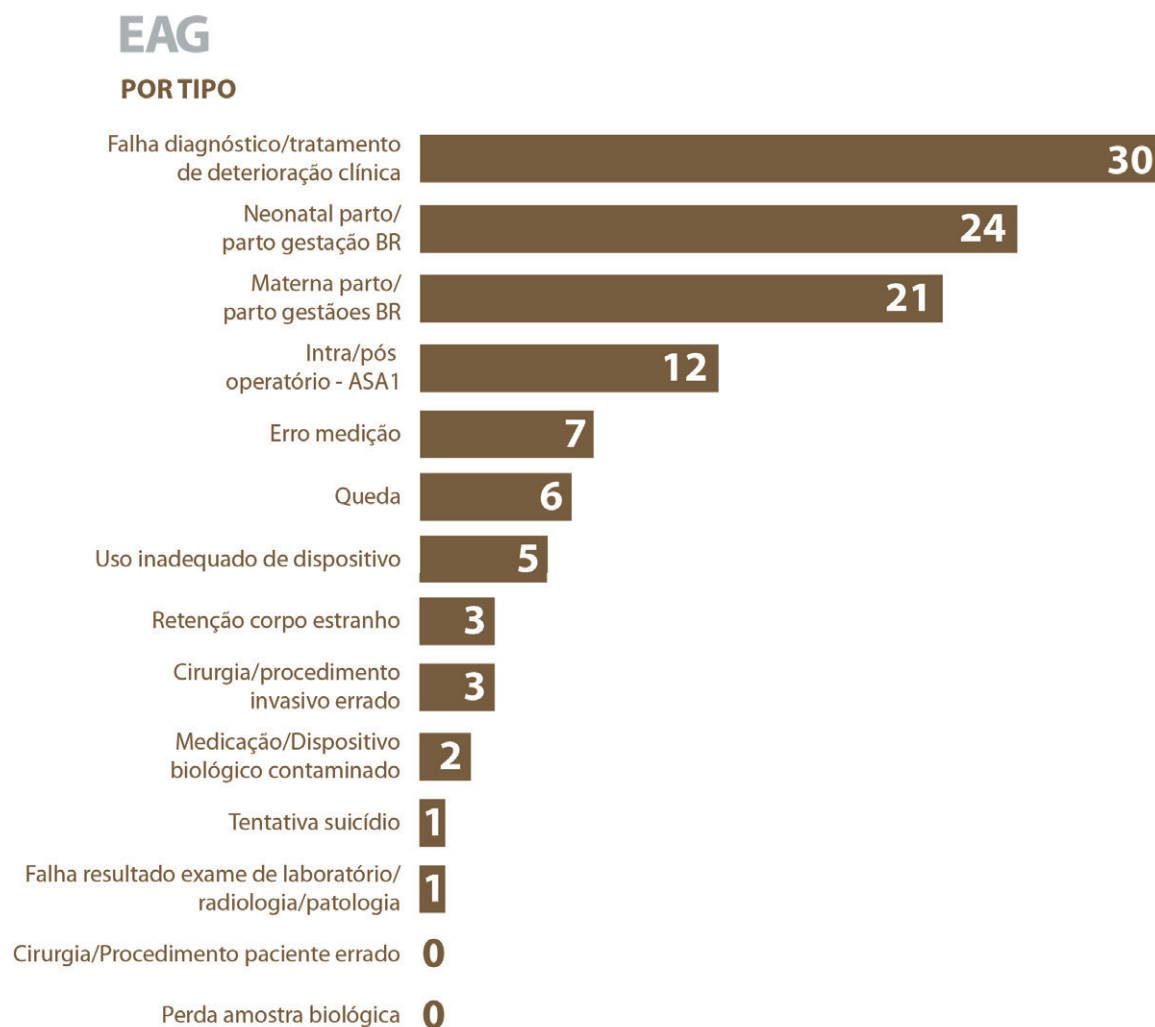
POR CATEGORIA



Base: 115 EAG

Fonte: Documentos disponibilizados pela Organização - Elaborado pela autora

Gráfico 6 - Distribuição dos EAG por Tipo



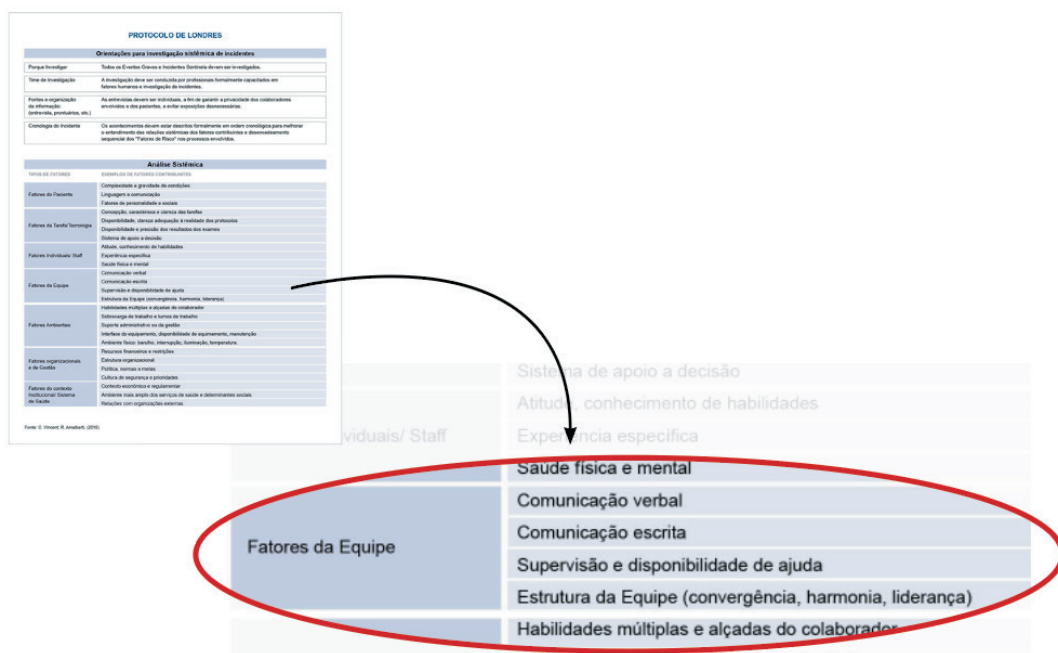
Fonte: Documentos disponibilizados pela Organização - Elaborado pela autora

Em relação à distribuição dos eventos adversos por tipos, as falhas relacionadas ao “diagnóstico/tratamento de deterioração clínica” foram mais presentes, com 30 ocorrências (26%). Os tipos associados com danos causados a neonatos ou maternos, com 24 (20,8%) e 21 (18,2) casos, respectivamente, ocuparam a segunda e terceira posições.

Para obtenção de informações detalhadas que permitissem conhecer em profundidade os fatores contribuintes dos EAG notificados, possibilitando identificar a presença de problemas relacionados à comunicação, objetivo deste trabalho, foi necessário acessar os relatórios de incidentes com as análises de causa raiz.

Os problemas de comunicação estavam sinalizados principalmente no campo “Fatores de equipe” e/ou nele descritos, trazendo informações que permitiram a identificação e estratificação dos principais agentes envolvidos no processo comunicativo, conforme destacado na figura 8.

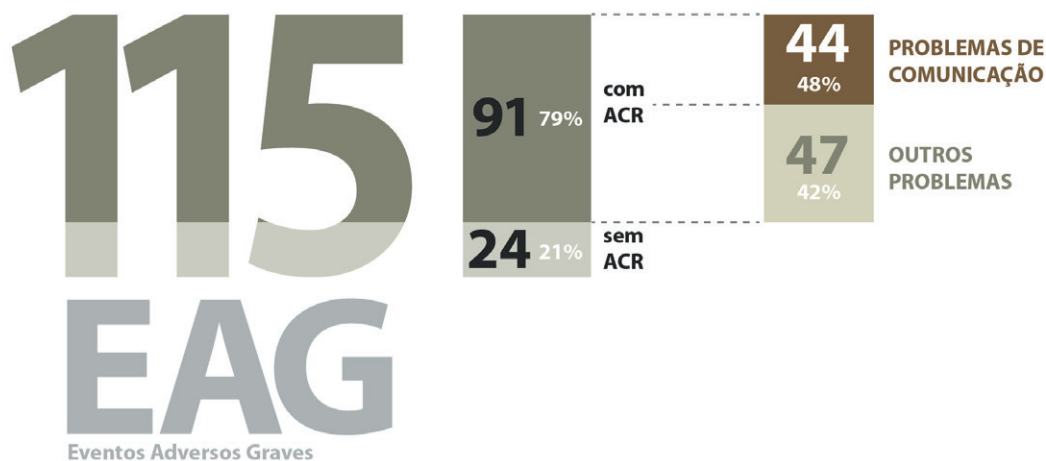
Figura 9 - Fatores de Equipe



Fonte: Vincent e Amalberti, Safer Healthcare (2016)

Dos 115 EAG, apenas 91 dispunham de relatórios de incidentes completos, isto é, aqueles com ACR, sendo estes submetidos a análise de conteúdo nesta pesquisa. O número de EAG acompanhados pelas respectivas ACR correspondeu a 79% do total das notificações, onde foram identificados 44 EAG relacionados a problemas de comunicação, o que representou 48%.

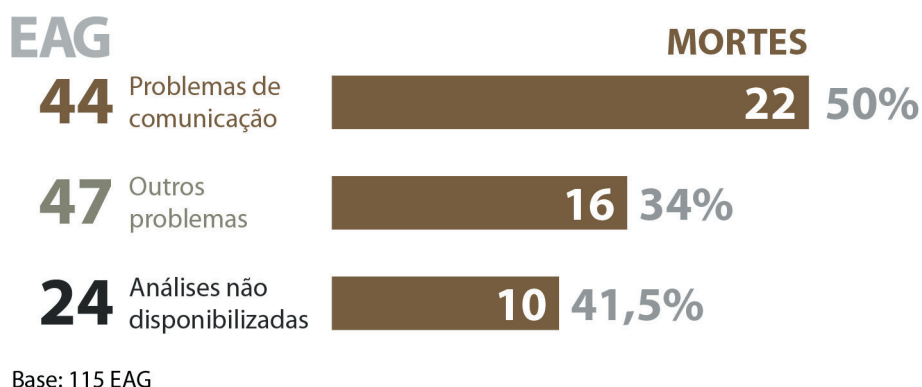
Gráfico 7 - Eventos Adversos Graves



Elaborado pela autora

A mortalidade encontrada nos EAG relacionados à comunicação foi maior do que a encontrada nos eventos não associados à comunicação. Mesmo no grupo que não disponibilizou as análises de incidentes, a frequência de mortes foi inferior (Gráfico 8). O achado suscita iniciar uma discussão sobre os sistemas de comunicação que, diferentemente da tecnologia em comunicação, beneficiada por volumosos aportes financeiros, recebem menor atenção, como apontado por Coiera (2006). Seria válido questionar-se que relevância é dada à comunicação no ambiente hospitalar, dominado pela comunicação informal, num contexto orientado a interrupções e práticas de comunicação precárias. A ausência ou falta de rigor no uso de técnicas de comunicação, como a escuta ativa, emissão de resposta e registros escritos, por exemplo; a não priorização de atividades que promovam a interação dos profissionais de saúde e o trabalho em equipe, parecem justificar o insucesso dos atos comunicativos que impactam na segurança do paciente, se mostrando relacionados à maior letalidade nos incidentes.

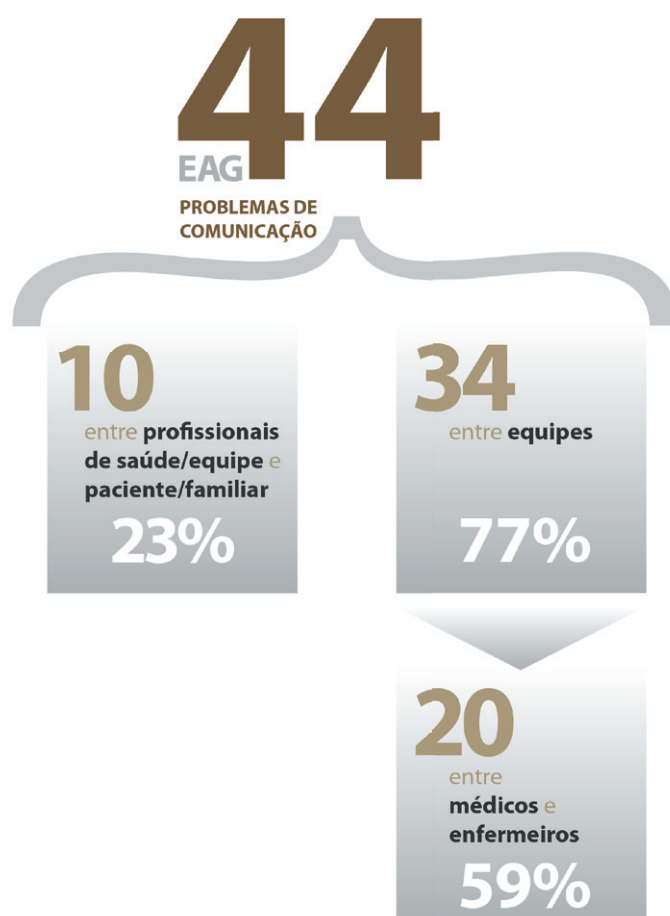
Gráfico 8 - Mortalidade dos EAG



Elaborado pela autora

Os EAG relacionados à comunicação, atenderam aos critérios de elegibilidade que foram a sinalização no campo “fatores da equipe” do item “comunicação”, verbal e/ou escrita, e demais observações feitas neste campo. Os problemas de comunicação foram classificados em dois grupos. O primeiro para aqueles ocorridos entre equipes/profissionais, que considerou as falhas de comunicação entre equipes médicas de especialidades diferentes, entre equipes de setores diferentes e entre profissionais médicos e enfermeiros. O segundo grupo para problemas de comunicação entre profissional/paciente, que considerou os casos em que as falhas ocorreram entre profissionais e pacientes/familiar.

Gráfico 9 - Problemas de Comunicação



Base: 44 EAG Elaborado pela autora

Na representação gráfica (9) é possível observar que os problemas de comunicação entre equipes e profissionais foram predominantes, estando presentes em 77% dos casos, sendo que 23% envolveram a comunicação entre os profissionais e paciente/família. Este achado auxilia no dimensionamento do problema e na compreensão do impacto que os atos comunicativos entre profissionais da saúde podem ter na segurança do paciente, além de comprovarem a importância e necessidade de aprimoramento de práticas colaborativas, como revelado na publicação feita pela OMS (2010), para melhoria da oferta de cuidados integrados de saúde.

Os relatórios de incidentes mostraram que as falhas de comunicação entre profissionais de saúde, durante o processo de prestação de cuidados, estavam frequentemente arroladas às causas de danos graves a pacientes. A comunicação foi ineficiente entre médicos de especialidades diferentes (equipes) e/ou setores distintos, bem como entre médicos e enfermeiros, e em menor proporção foram identificadas ocorrências relacionadas com falhas de comunicação que envolveram profissionais de saúde e pacientes/familiares.

Os depoimentos colhidos captaram vários exemplos vivenciados pelos participantes, que

ilustram os problemas de comunicação entre os profissionais, compreendidos como barreiras e ruídos presentes na prática assistencial, que podem comprometer a segurança do paciente. Um elemento que emergiu da narrativa, relacionado à comunicação entre membros da equipe, foi o desalinhamento existente entre médico e enfermeiro, revelando uma prática pouco dialógica e tensionada pela hegemonia médica. O fato exemplifica o quão desafiador se apresenta a comunicação interpessoal, que deve ser caracterizada por sua natureza conversacional, com equilíbrio e respeito, independente do contexto e agentes envolvidos (KUNSCH, 2006).

“Eu recordo de um fato, de alguns anos atrás, de um paciente que estava muito descompensado clinicamente. Porém, o médico, muito tradicional, não quis me ouvir, como enfermeira, referente ao paciente que não tinha condições de tomar um banho de aspersão, como o médico havia prescrito. O médico insistiu, acompanhou a enfermagem levando esse paciente até o banho de aspersão com o auxílio da cadeira. Quando esse paciente retornou do banho, ele voltou muito descompensado... Essa foi uma experiência muito negativa de uma comunicação que não foi efetiva. Porque o médico não quis ouvir a enfermagem.” (E4)

A profissional foi solicitada a explicar o que significa um médico tradicional, respondendo:

“Significa que o médico se achava soberano, onde ele ditava o cuidado, tanto do médico quanto da enfermagem, onde não existia uma comunicação multidisciplinar, onde o enfermeiro não era ouvido e nem o relato da enfermagem de como aquele paciente havia passado.” E (4)

Dificuldades de interação com médicos, cujos comportamentos inibem demais profissionais de saúde, gerando constrangimentos e resistência nas tentativas de promover uma discussão ou elaboração de planos de cuidado, ainda são relatadas e frequentes. O trecho selecionado a seguir demonstra um histórico recente, onde o médico ordenava as ações a serem realizadas, essencialmente fazendo uso da comunicação verbal, impositiva e dominadora, sem preocupar-se com o processo comunicativo básico, onde a compreensão do outro e consequente resposta esperada é emitida. O pouco costume em escrever ou prescrever, quando realizado, empregava uma grafia pouco legível, caracterizando uma prática comum e inquestionável. Mudanças e outras exigências foram sendo impostas para a transformação da prestação do cuidado como atividade multiprofissional, integrada e segura, porém o poder historicamente legitimado aos médicos é uma herança que persiste.

“ Eu pude presenciar, nessas últimas duas décadas, uma transformação muito grande. Quando eu comecei exercer medicina, a comunicação entre médico/enfermagem era uma coisa muito diferente do que é hoje. Primeiro, era sempre comunicação falada, muito pouco escrita. Ordem verbal era o que mais tinha, principalmente em termos de medicação. A gente não prescrevia, a gente mandava verbalmente, a enfermeira ia lá e fazia... Outra questão era o distanciamento entre os profissionais. A enfermeira, ou qualquer um da área de saúde, não tinha coragem para corrigir uma determinada informação dada pelo médico, não por não conhecer, às vezes até por estar cansado, confuso naquele momento, e pediu para ser feito alguma coisa e essa pessoa, mesmo sabendo que não era correto, ela obedece, acata a ordem por uma questão de hierarquia. Isso era muito forte, principalmente no interior, de onde venho. Então aquela questão: Santa Casa de Saúde, o médico era rei. Se falasse para fazer determinada medicação, naquela dose, isso era executado. E não se tinha registro disso, porque era tudo ordem verbal, na maioria das vezes. Quando não era ordem verbal, era escrita manual. E aí tem a questão da escrita do médico, que era um papel com linhas, que invariavelmente a gente, como colega, não conseguia entender. Imagino que os outros profissionais também não conseguissem entender.” (M6)

Outros depoimentos reforçam as mudanças positivas obtidas nos últimos anos, que favoreceram o processo de comunicação. No entanto, demonstram o predomínio da comunicação verbal, principalmente empregada por médicos, no ambiente assistencial e a exigência da prescrição médica como medida para evitar falhas geradas pela comunicação implícita.

“ A comunicação vem melhorando neste decorrer de anos em que eu estou atuando como enfermeira. É notório que é uma evolução muito grande em pouco tempo. Porque os médicos têm uma cultura de escrever muito pouco. Então esse contato, essa comunicação, acaba sendo mais verbal do que escrita.” (E9)

“ Teve uma questão que ocorreu aqui, ainda, que é alta médica. O colega que estava de plantão pediu para dar a alta para o paciente do leito 2 e a enfermeira entendeu que era do leito 3. E esse paciente estava sendo encaminhado, através da gestão de leito, como alta. E quando você emite um parecer de alta, o titular do caso é avisado automaticamente pelo sistema do hospital, [...] quando esse profissional recebeu isso, ele tinha acabado de passar na UTI: ‘Mas que história é essa, não tem condições de alta’. Aí que a gente foi descobrir. Mais uma vez a questão da comunicação. E o que a gente faz? A alta tem que ser prescrita.” (M6)

“O que mudou foi a forma de organização, da enfermagem não aceitar nenhuma prescrição verbal, mesmo que seja escrita manualmente a caneta e o médico carimbar. Agora ele tem que fazer tudo via sistema.” (E4)

A comunicação escrita, principalmente as anotações de enfermagem e as prescrições e anotações médicas apareceram como ponto crucial à segurança do paciente. As entrevistas enriqueceram a compreensão destes, que se apresentaram como fatores contribuintes relevantes nos EAG relacionados à comunicação. A falta de hábito do médico em escrever, apontada pelos participantes, se mostrou igualmente deficitária quanto às anotações de enfermagem. Os registros se mostraram frágeis, no geral, nas análises de incidentes. A obrigatoriedade de registro das ordens verbais, sobretudo orientação quanto à medicação, cuidados específicos ou até mesmo alta, foi reforçada a partir das metas internacionais de segurança do paciente, preconizadas pela OMS em 2005, e reforçadas pelos padrões da acreditação internacional da Joint Commission em seu manual. A meta relacionada à comunicação ficou inicialmente restrita às ordens verbais telefônicas em boa parte dos serviços acreditados, isto é, o que é orientado pelo médico ou outro profissional por telefone passou a ser conferido no ato, registrado em prontuário e assinado pelo profissional que as emitiu num breve período de tempo (JCI, 2010).

Dados extraídos dos relatórios de incidentes revelaram irregularidades ou ausência de elementos essenciais ao processo de comunicação, que contribuíram com a ocorrência de EAG e, igualmente, foram identificados pelos participantes como pontos influentes na segurança do paciente.

Observa-se que falhas na transição do cuidado se mostraram presentes e corroboram com a importância percebida pelos entrevistados como momento de risco para perda de informações. A participação de problemas relacionados aos protocolos, principalmente quanto à adesão às boas práticas, foi impactante (36,4%). Juntos estes 2 fatores encontraram-se associados à mais de 59% dos EAG relacionados à comunicação, denunciando uma cultura de segurança do paciente fragilizada. O hábito de registrar as ações inerentes à prestação do cuidado e evolução do processo assistencial, se mostrou ausente em metade dos eventos. Ficou evidenciado também, que a interação entre médicos e enfermeiros é um fator básico nos processos de comunicação, para que um cuidado seguro possa ser oferecido aos pacientes. Os achados revelaram que 73% dos EAG relacionados à comunicação registraram elementos que comprometem a relação entre médicos e enfermeiros (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Tipos de Problemas de Comunicação



Base: 44 EAG Elaborado pela autora

A comunicação verbal, citada em vários trabalhos como preponderante no ambiente assistencial da saúde, foi da mesma maneira reconhecida como mais frequente entre médicos e enfermeiros. Além disso, na descrição de falhas, esquecimentos ou outras situações em que tenha sido percebida a perda de informações, os entrevistados manifestaram uma dependência de complementação da forma utilizada para envio da mensagem. Isto é, quando utilizado um canal de comunicação escrito, foi apontado que não houve comunicação verbal, e inversamente, quando utilizada uma mensagem por canal verbal, a falha se deu pelo não registro escrito. Seguem trechos que ilustram a questão:

“ A situação que, às vezes, a equipe traz para a gente, é que o médico toma alguma conduta, decide por alguma conduta e não comunica a equipe. [...] Tem plantonista que não chega na equipe e fala que vai encaminhar a paciente para o centro cirúrgico, já direto liga para o centro cirúrgico, quando vê já tem alguém aqui no setor para buscar essa paciente. Outra situação que ainda amarra um pouco, são as questões de pareceres médicos. Uma equipe pede um parecer e, no dia seguinte a gente vai ver, o parecer está lá como pendente ainda.

O enfermeiro vai buscar, o médico fala que já respondeu verbalmente, que esteve no setor e falou com alguém. Só que isso também para a gente é muito complicado porque o nosso respaldo é todo o sistema, a gente ter isso registrado. Às vezes a alta do paciente depende só desse parecer. E se não responde no sistema, esse médico que vai fazer o parecer só retorna em dois, três dias no hospital, dificulta a alta porque a gente precisa daquilo no sistema para a gente conseguir dar alta para esse paciente. E isso já aconteceu algumas vezes.” (E3)

“ *Retardo de início de tratamento é uma coisa que eu já vi acontecer bastante. Por questões, primeiro, de comunicação, que não falam que precisa iniciar o antibiótico para o paciente, demora para iniciar por quê? Não é comunicado que é para iniciar imediatamente, então o enfermeiro faz o quê? Normalmente ele vai lá e apraza para o próximo horário de medicação, que pode ser que seja daqui a quatro horas, pode ser que seja daqui a seis horas. [...]sem dúvida, poderia se resolver muita coisa se, simplesmente, as pessoas tivessem o costume de se comunicar melhor [...] O que acontece? O médico faz a prescrição do paciente com sepse e solta em cima da bancada... Ou prescreve lá para coletar as culturas do paciente, que tem que ser coletadas antes do antibiótico, e o laboratório não é avisado. Daí, o laboratório vai demorar uma hora para coletar e já passou o tempo de fazer o antibiótico. Essa parte da comunicação, nessas situações que têm que ser feitas de forma rápida e objetiva, é uma coisa extremamente importante.” (M3)*

A comunicação entre e nos setores está constantemente influenciada pela dinâmica movimentada, e diferentes agentes do cuidado não necessariamente participam de momentos de intercâmbio de informações elementares à condução da atividade a ser executada, prejudicando a segurança e a continuidade do cuidado.

“ *O que aconteceu recentemente foi o seguinte: uma paciente da ortopedia estava no segundo andar, e foi encaminhada para fazer ultrassom, a enfermagem levou ela até o CDI. Quando ela voltou do CDI, a enfermeira, ao invés de levá-la para o segundo andar, a largou na recepção do pronto-socorro. Isso, para mim, é um erro também. A gente só identificou que essa paciente estava na recepção, porque a gente a viu chorando, perguntando pelo esposo, pelo filho. A gente foi olhar o prontuário para saber o que estava acontecendo. Teve um erro, sim, de comunicação entre o pronto-socorro e CDI.” (E8)*

“ Teve um caso em que o paciente estava com uma droga vasoativa, ele ia descer para fazer um exame de imagem. Quando o anestesista chegou na unidade, ele falou que não sabia que o paciente tinha droga vasoativa e que isso ia lhe dar muito trabalho, [...]. Só que a equipe de enfermagem ligou para o enfermeiro do centro de diagnóstico, comunicou que o paciente estava em uso de droga, fez a transição do cuidado, colocou no campo transição do cuidado: ‘Uso da droga vasoativa’... Eu não sei em que momento se perdeu essa informação no CDI, entre o enfermeiro do CDI, que passa plantão para o médico anestesista” (E7)

O relato que se segue ilustra os passos seguidos pelos membros da equipe durante um atendimento de urgência, que impediu que elementos-chaves obtivessem as informações necessárias à correta tomada de decisão, determinando dano ao paciente. Mesmo se tratando de procedimento onde a sequência de ações segue protocolo pré definido, não foi suficiente para evitar a falha.

“ Foi uma sucessão de erros. Um paciente jovem, de 28 anos, chegou no hospital hemiplégico, a gente abriu protocolo de AVC, foi para a TC, fez a angiotomografia, eu falei com o neurologista, que falou: ‘ele é jovem, vamos botar na ressonância rápido, qualquer coisa a gente trombolisa depois’. Respondi: ‘a gente vai trombolisar, já pode abrir o trombolítico, prepara tudo’. Eu tive que sair e falei para um médico da equipe: ‘Faz isso, isso e isso, precisa ver o eletro antes de fazer o trombolítico’. Quando eu voltei, o pessoal estava preparando o trombolítico, eu perguntei: ‘Tudo certo?’ Me responderam que estava tudo certo. Perguntei: ‘Fizeram o eletro?’ Responderam ‘Está tudo ok’ mas não me falaram ‘Fizemos o eletro’. A gente trombolisou e pedi para ver o eletro. ‘Não rodou ainda não’. Eu falei: ‘Como não?’ Isso impactou no desfecho do paciente e eu acho que foi uma falha de comunicação, porque por mais que a gente tenha tido problema na imagem, se a gente tivesse rodado e checado o eletro, a coisa não teria acontecido dessa forma.” (M5)

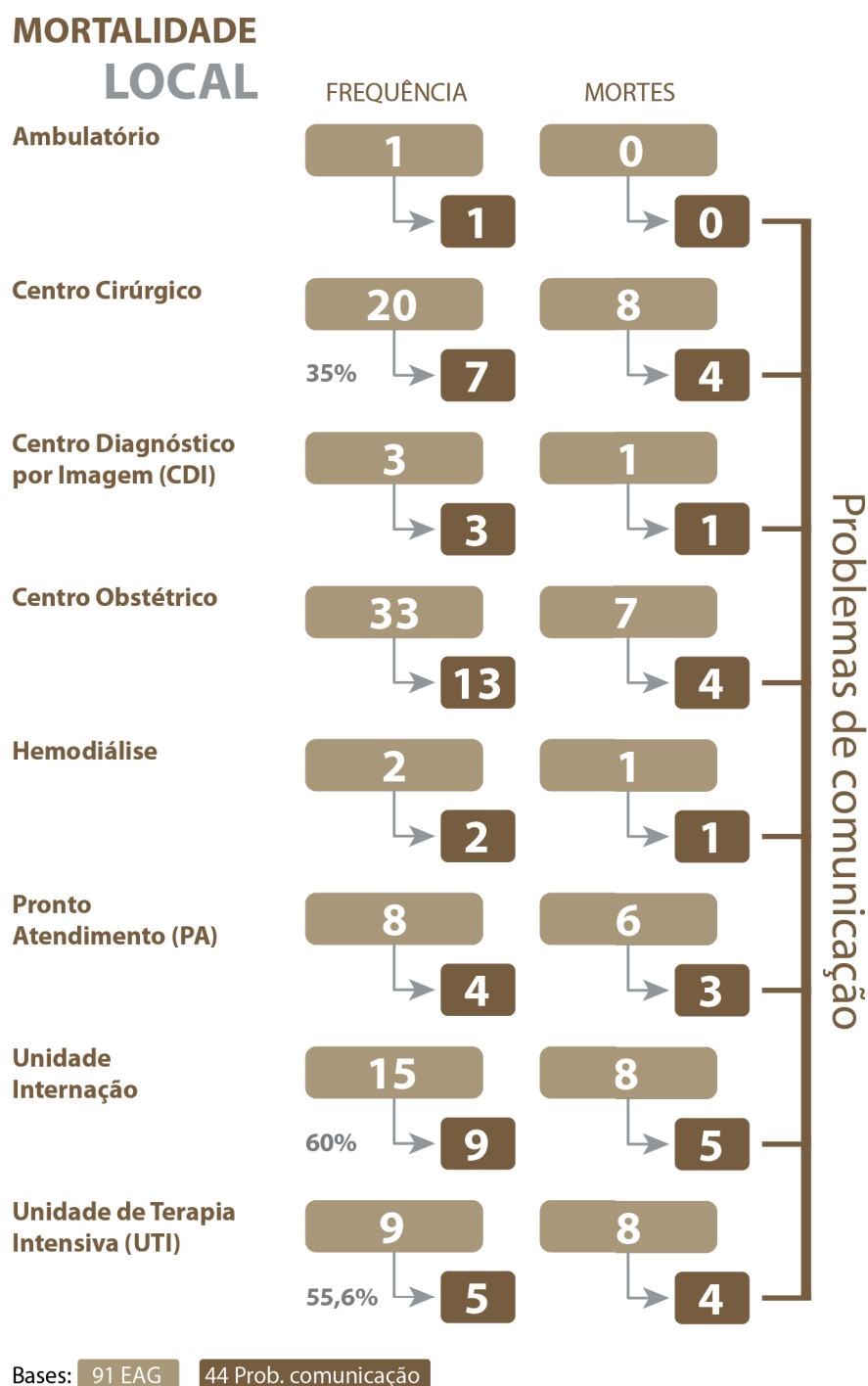
O fato de o serviço contar com protocolos e demais práticas conhecidas e incorporadas à assistência não isenta a ocorrência de falhas. Outras ferramentas reconhecidas como favoráveis à prestação de cuidados de saúde mais seguros como, por exemplo, a checagem de uma prescrição médica ou a conferência de informações por meio do uso de listas de verificação (checklist), constituem processos de comunicação largamente empregados na prática assistencial que, no entanto, são passíveis de serem negligenciados, conforme colhido pelos seguintes relatos:

“ Eu tive uma experiência com a questão de comunicação que foi bem marcante. Não causou um dano imediato no paciente, mas a gente não sabe como é que isso ficou mais para frente. Foi um caso de um paciente de ortopedia, a gente tinha um checklist cirúrgico, demarcado pela lateralidade do paciente antes de ir para o centro cirúrgico, tinha todo um procedimento de segurança do paciente. O paciente tinha um dano nos dois membros inferiores, com indicação cirúrgica tanto para a perna direita quanto para a perna esquerda. Mas seria feito o procedimento só de um lado. O médico esteve no quarto, conversou com a família, conversou com o paciente que relatou que, naquele dia, o que estava doendo mais era o outro lado, não o lado que ele estava internado para fazer o procedimento. O médico levou o paciente para o centro cirúrgico e operou o outro lado. [...] Só que ele não comunicou ninguém da equipe essa mudança de conduta. E acabou sendo uma falha da equipe do centro cirúrgico também, porque foi feito o checklist na hora que ele entrou no centro cirúrgico, RPA. E quando foi para a sala, ninguém refez esse checklist. [...] A equipe só observou isso na RPA no pós-operatório, para confirmar o local do curativo. E a gente não tinha comprovação nenhuma dessa conversa de médico com paciente, de que operaria o lado esquerdo ao invés do direito.” (E3)

“ Já tivemos algumas ocorrências... foi algo que impactou bastante, que foi a manipulação de um imunoterápico. O paciente trouxe o medicamento próprio e houve um problema de observar a prescrição do médico, que dizia: Dose cheia, mas dividido em tantas miligramas por dia. A enfermeira viu a dose cheia, manipulou a dose cheia. Na verdade, era uma dose para cinco dias. E isso foi administrado no paciente. Teve dano ao paciente.” (E6)

Nota-se que, embora se tratasse de rotinas de serviço implantadas e de conhecimento dos profissionais envolvidos, não foram executadas conforme o esperado e determinaram dano ao paciente. No boletim da Anvisa (2019), notificações envolvendo medicamentos se destacam no grupo de eventos classificados como “outros”, que corresponde ao tipo de incidente responsável por mais de 30% das notificações realizadas pelos NSP no ano de 2018 no Brasil. Segundo Figueiredo et al. (2018), que realizaram um estudo dos eventos adversos notificados em um período de 4 anos, incidentes envolvendo a cadeia medicamentosa foram os mais recorrentes no hospital investigado, e as principais causas foram o descumprimento da rotina/protocolo.

Gráfico 11 - Distribuição dos EAG com ACR e EAG relacionados à Problemas de Comunicação, por Localidade e Mortes

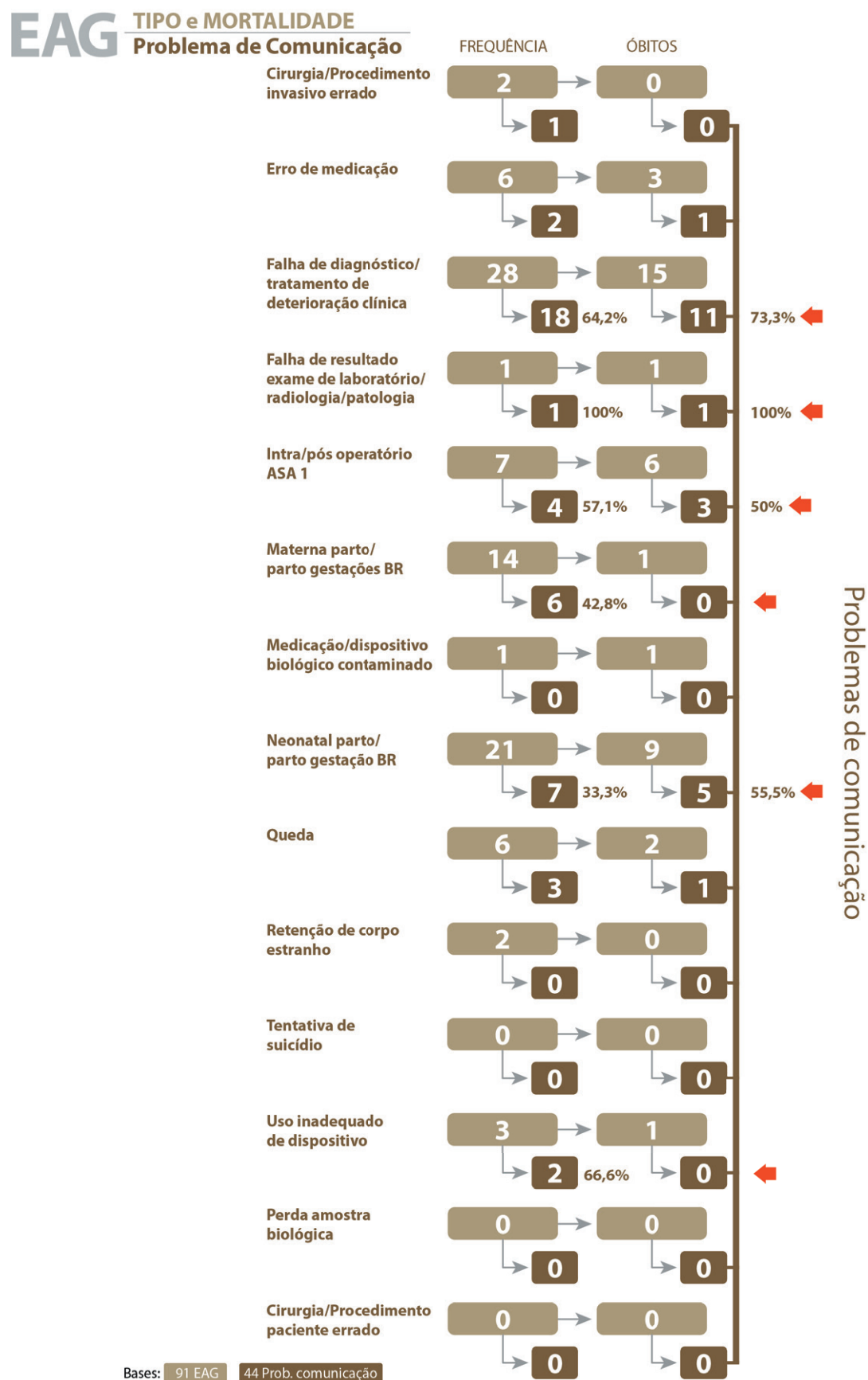


Elaborado pela autora

Os achados apresentados no gráfico 11 mostraram que o ambulatório (1), CDI (3) e a hemodiálise (2) foram as unidades onde todos EAG se mostraram relacionados a problemas de comunicação, sugerindo se tratar de áreas em que os processos de comunicação oferecem

oportunidades de melhoria. No entanto, o baixo número de eventos pode não ser representativo do universo dos respectivos setores. Outros locais impactados por eventos adversos graves associados à comunicação foram a UI, com 60% dos eventos ocorridos neste setor apresentando a comunicação como fator contribuinte, seguida da UTI (55,6%). Também é possível observar que a unidade de CC apresentou o menor percentual de EAG relacionados à comunicação, com 35% dos casos. Estes achados mostram que a comunicação teve maior impacto nos EAG na UI e UTI, e menor no CC, o que pode estar justificado pelas diferenças presentes na dinâmica de trabalho existentes entre as referidas unidades. As primeiras são caracterizadas por processos de comunicação mais dependentes da interação humana (comunicação implícita), do que do intercâmbio de informações que, em unidades cirúrgicas, geralmente estão apoiados por protocolos e checklist. Quanto à mortalidade, é possível observar que a UI foi o local com o maior percentual de mortes relacionadas à comunicação.

Gráfico 12 - Distribuição dos EAG com ACR e EAG relacionados à Problemas de Comunicação, por Tipo e Mortes



A distribuição dos EAG relacionados à comunicação por tipo e a mortalidade revelou que “falha no resultado de exame de laboratório/radiologia/patologia”, com apenas uma ocorrência, estava associado à comunicação e determinou a morte do paciente. Os tipos “uso inadequado de dispositivo” e “falha diagnóstico/tratamento de deterioração clínica” tiveram a comunicação como fator contribuinte em mais da metade dos eventos, sendo que a mortalidade para este último foi superior a 70% (Gráfico 12).

Como comentado anteriormente, a mortalidade mostrou-se proporcionalmente maior para os eventos adversos graves relacionados à comunicação. A localidade de ocorrência dos eventos pode sinalizar fragilidades relacionadas à prática comunicacional como, por exemplo, ausência de instrumentos que sistematizam o processo, a menor interação da equipe, e as características do setor. Quanto aos tipos de eventos, embora 9 de 12 apresentaram pelo menos uma ocorrência, as falhas associadas com sinais de deterioração clínica, além de mais frequentes, impactaram nos desfechos com morte.

Os relatos de experiências em que a comunicação esteve privilegiada e compartilhada de maneira sistematizada, com a participação de diferentes categorias profissionais, revelaram benefícios e alguns desafios para a participação de médicos. As visitas multidisciplinares, comuns em unidades de terapia intensiva, não são uma prática nas demais unidades. Dentre os entrevistados, 4 citaram que a rotina das unidades de internação não favorecem a realização de visitas e rounds com a participação de profissionais médicos. O fato de o médico ter que passar visita em pacientes internados em diferentes unidades de internação, por exemplo, o volume de atividades, o alto número de pacientes e a variação de horários em que, impoderavelmente, o cuidado deve ser prestado também se mostraram como empecilhos para a sistematização de atividades conjuntas.

A seguir, trechos da fala de uma enfermeira intensivista:

“Na hora do round, da visita multidisciplinar, a gente tem instrumentos por escrito, para poder registrar aquilo que está sendo verbal. Justamente para oficializar essa comunicação e diminuir os erros. [...] O médico tem muita mania de falar em voz alta, sem direcionar exclusivamente a uma pessoa. E aí ele acha que as pessoas são obrigadas a entender e saber para quem está sendo direcionado aquilo. Essa visita multidisciplinar e os rounds diários têm diminuído muito isso.” (E9)

“ Nós utilizamos várias ferramentas para promover a segurança do paciente e dar continuidade a essa comunicação. Uma delas é a visita multidisciplinar, que nós fazemos beira-leito, com toda equipe assistencial, médicos, fisioterapeutas, farmacêutico... para discutir o caso, o que aconteceu, o que a gente pode melhorar, onde a gente errou... a gente tem o GD no período da manhã... a gente reúne a equipe, estamos falando de equipe multi.” (E9)

A narrativa que se segue, de profissional que atua em uma unidade de internação, mostra que a prática multidisciplinar é realizada entre membros da equipe de enfermagem, sem a presença médica.

“ Nessa visita multi a gente consegue discutir o caso clínico do paciente, consegue estipular metas, prazos, o que vai fazer. Isso é alinhado com toda equipe, envolvendo enfermeiros e técnicos. A informação, ali, já é passada para todo o grupo.” (E7)

As variações encontradas entre os estilos de comunicação de médicos e enfermeiros foram amenizadas pelo emprego de instrumentos que organizam o ato comunicativo, conforme pode ser observado no relato que se segue:

“ Um dos grandes problemas era como o enfermeiro comunicava para o médico o fato de que o paciente tinha uma suspeita de sepse. Não existia uma ferramenta adequada de comunicação do enfermeiro para com o médico... Quando você tem uma ferramenta de comunicação, em que você coloca ali o horário que você comunicou o médico, e isso é feito de uma maneira, digamos assim, menos informal, o médico entende bem melhor.” (M3)

Diferenças existentes na formação de médicos e enfermeiros, que apresentam narrativas de naturezas filosóficas distintas, foram apontadas como fatores de influência nos respectivos estilos de comunicação destes profissionais (FORONDA; MACWILLIAMS; MCARTHUR, 2016). Para os autores, médicos são treinados para serem sucintos, enquanto enfermeiros são preparados para serem altamente descritivos. Isto pode explicar as frustrações com a comunicação da enfermeira manifestada pelo médico no relato anterior.

Partindo das questões que envolvem a comunicação, mas transpondo seus aspectos informativo e interacional, a complexidade presente no processo da assistência invade outros fatores que, de maneira interdependente, devem compor os ambientes que oferecem um cuidado seguro e confiável. Para Frankel et al. (2017), esses fatores podem ser o trabalho em equipe,

a liderança e a confiança. Um trágico desfecho é narrado a seguir, em que foram observados problemas de comunicação que impediram uma compreensão partilhada e a antecipação de problemas durante um atendimento obstétrico, além de evidenciar a não utilização de práticas multidisciplinares como discussões de caso, elaboração de plano de cuidados e adesão à protocolos institucionalizados.

“ O PA estava cheio, tinha pacientes no corredor, aí eu entrei na sala e me debrucei na mesa delas e falei: ‘Gente, a paciente X, uma peruana, está fazendo um cardio e não está legal... teve uma desaceleração, eu achei que era porque ela tinha se movimentado na poltrona’. [...] Aí voltei e perguntei para ela: ‘O bebê está mexendo?’ ‘Está, está mexendo’. ‘Então está bom’. Fiquei do lado dela e vi outra desaceleração. Voltei, fui na médica: ‘Vocês precisam ir olhar um cardio, porque não está legal’. Aí contei tudo. Ela falou: ‘Então está bom. Mas voltou o basal?’ Eu falei: ‘Voltou’. ‘Então vamos deixar correr mais um pouquinho’. [...] Fui fazer minhas outras coisas no PA. Quando eu olho, a paciente está sentada, já tinha terminado o cardio... e perguntei para a enfermeira que estava com ela: ‘Já terminou?’ ‘Terminei, coloquei ali na caixinha’. Eu falei: ‘Não, dá aqui que eu vou levar lá no conforto’. A médica já não estava mais por ali. [...] aí eu mostrei para elas, falei: ‘Olha como está esse cardio’. Aí elas: ‘A gente vai lá avaliar’. Deixei lá e voltei a fazer minhas coisas. Estava atendendo medicação de paciente. Aí, eu escutei falar: ‘Cadê a enfermeira?’ Eu pus a minha cabeça para fora da sala, e ela falou: ‘Cesárea agora’. Aí eu falei: ‘Cesárea?’ ‘Não tem foco’. Em cinco minutos a paciente estava pronta para cesárea. Eu olhei para a médica, e perguntei: ‘Como não tem foco? Eu foquei’. Ela falou: ‘Eu sei que você focou, mas eu só estou achando o foco materno’. Eu falei: “Porque tenho certeza que eu não foquei o materno”. Ela: ‘Não...’. Enfim, foi isso. Depois de um tempo, a técnica veio do centro cirúrgico e falou: ‘Onde que ficam os papéis do óbito?’ E eu falei: ‘Óbito? Óbito de quem?’ Ela falou: ‘Da peruana. O bebê’ [...] aí acabou com o meu dia. Eu me senti culpada. Eu fiquei me sentindo culpada por isso lá no PA. Quando a médica voltou do centro cirúrgico, os olhos dela estavam cheios de lágrima. Na hora que ela me viu, ela falou: ‘Eu escrevi tudo que você me passou. Eu escrevi que você me chamou, eu escrevi isso, eu escrevi, eu escrevi, eu escrevi’. Eu falei: ‘Não, tudo bem. Aconteceu, foi uma fatalidade’. Mas, depois, eu fiquei pensando: ‘Não foi uma fatalidade. Poderia ter evitado’.” (E1)

Mesmo com iniciativas implementadas nos últimos anos, com objetivos de avançar na uniformização dos processos e alinhamento estratégico, foi observado um distanciamento em

relação às melhores práticas nos hospitais da rede. As entrevistas captaram a falibilidade na utilização de recursos institucionais que normatizam e padronizam as práticas assistenciais, com foco na redução da variabilidade do atendimento, na garantia da comunicação durante a prestação do cuidado e na segurança do paciente.

Os relatos expressam frustrações ligadas a aspectos essencialmente da comunicação escrita e da verbal, que comprometem a qualidade dos serviços e segurança do cuidado. A instrumentalização da comunicação, obtida por meio de ferramentas e iniciativas que ofereçam estruturação de atos comunicativos, é percebida como um recurso importante às práticas mais seguras. Foram citados instrumentos utilizados na transferência do cuidado, como o SBAR, o emprego de checklist e protocolos, aplicados durante processos assistenciais, além de atividades que privilegiam o compartilhamento das informações entre os profissionais, como visitas multidisciplinares, reuniões breves diárias, como rounds, e uma espécie de huddle denominado de gestão diária (GD). Mesmo evidenciado que se tratam de recursos indispensáveis à prestação do cuidado, necessitam de treinamento, congruência e aderência, uma vez que, mesmo implantados, não há garantia de que sejam seguidos ou utilizados corretamente.

5.2 Os fatores que influenciaram os atos de comunicação

Uma combinação de fatores podem contribuir para que ocorram falhas de comunicação entre os indivíduos envolvidos na assistência aos pacientes, conforme listado em diferentes estudos que apresentaram questões estruturais sociais, como a hierarquia presente no ambiente hospitalar (SUTCLIFFE; LEWTON; ROSENTHAL, 2004); a diversidade na formação dos profissionais, que impacta no preparo e capacitação dos mesmos dificultando processos de comunicação efetivos (BIASIBETTI et al., 2019); o desconhecimento, por parte de profissionais médicos, das responsabilidades e atribuições da enfermagem e dos fluxos nas unidades (ALDAWOOD et al., 2020); bem como outras publicações que abordam iniciativas para o fortalecimento do trabalho em equipe, e das práticas de interações e comunicação entre os profissionais de saúde buscando estabelecer um ambiente aberto ao diálogo em que as pessoas entendam melhor umas as outras promovendo a tolerância e minimizando conflitos (BERGMAN; DELLVE; SKAGERT, 2016).

Os casos comentados propiciaram um breve resgate da prática médica assistencial e revelaram questões culturais e relacionais, de poder e conflitos, que se entrelaçam nos processos comunicacionais. São relatos que denotam a ausência de momentos de interação, entre médicos e enfermeiros, capazes de favorecer o intercâmbio de informações no continuum do cuidado, promovendo práticas mais seguras.

A importância da confiança, do respeito e da atitude de escuta, na efetividade dos atos comunicativos, além de sentimentos de valorização, emergiu nas respostas dos participantes, expondo uma vivência profissional permeada por forças e tensões.

“Durante o fluxo diário, por exemplo, no PS, a gente tem uma necessidade de ter uma confiança muito grande em quem está trabalhando no nosso lado, porque nem sempre a gente consegue depender única e exclusivamente dos protocolos que estão baseados no sistema. Muitas vezes, a gente tem que tomar decisões baseadas em critérios subjetivos e o critério subjetivo depende muito de quem está na sua frente. [...] Tem uma enfermeira que pode chegar para mim e falar: ‘Doutor, esse paciente não está com dor no peito, mas eu queria abrir um protocolo de dor torácica, porque eu estou achando ele meio estranho’. Se eu já a conheço e eu sei que ela é uma pessoa muito criteriosa, eu falo: ‘Bota agora aqui dentro que eu vou ver esse paciente primeiro, antes de ver outros pacientes’ [...] Acontece que isso depende muito da pessoa que trabalha com você e demora em você criar certo vínculo e da aceitabilidade que a gente vai ter.” (M5)

“A minha experiência é, basicamente, só em oncologia desde a minha formação, então o enfermeiro em oncologia e o oncologista clínico médico são muito próximos, ele tem sempre a enfermeira como braço direito e a gente tem essa comunicação. [...] O médico sempre envolve a gente na questão de tratamento, cuidado e assistência a esse paciente. [...] muitas vezes, ele define o tratamento, sendo clínico, cirúrgico ou quimioterápico ou radioterápico, mas ele sempre envolve a enfermeira nesse processo de cuidado, seja para um auxílio para educação, principalmente orientação com os pacientes. [...] A gente está sempre muito nessa parceria.” (E6)

As questões de status e valorização do enfermeiro foram registradas em depoimentos potentes. Os relatos configuraram um campo em conquista, em franco processo de reconhecimento do profissional enfermeiro, que para alguns parece ter sido conquistado, para outros ainda em demorado conflito, caracterizado pela combatividade. De maneira geral, foram captadas tensões e relações de poder, num ambiente de domínio médico, paradoxalmente caracterizado pelo trabalho em equipe. Os processos comunicativos se mostraram permeados por sentimentos de inferioridade, desvalorização e temor, contribuindo para a fragilização da segurança do paciente. O posicionamento soberano do médico, atitudes de submissão da enfermagem e demais membros da equipe multiprofissional, a ausência de apoio institucional e uma cultura punitiva ao erro influenciam os processos comunicativos, onde fonte e receptor

não agem livremente, mas influenciados pela posição que ocupam e pelos fatores pessoais carregados de crenças e valores.

Os trechos selecionados a seguir sintetizam e ilustram as disputas e os assuntos alvo desta análise.

“ Acho que a gente precisa melhorar a nossa atitude, se valorizar, sabe? E não ter medo de falar as coisas. Ser aberto, falar mesmo, ser objetivo. Independente se ele é médico, chamar para conversar e discutir o assunto... Isso também falta na nossa profissão, enfermeira se impor, se colocar... Às vezes eu tenho um pouco de vergonha dos profissionais de enfermagem. A gente não estuda pouco e a gente é cobrado da mesma forma que os médicos, entendeu? Acho que precisa se valorizar.” (E1)

“ Eu preciso provar para ele, eu preciso falar: ‘Doutor, é uma coisa institucional. Tem um trabalho por trás disso. Não sou eu, que estou falando da boca para fora. Existem evidências, existe trabalho’.” (E8)

“ O enfermeiro precisa estudar e mostrar que ele sabe. Que muitas vezes é o que não acontece. As pessoas tinham que ser um pouco mais claras, ser objetivas, dizer o que elas querem. E os enfermeiros ter mais empoderamento. Dizer que sabem, que estudam, que sabem do que estão fazendo, sabem do que estão falando.” (E2)

“ Melhorou muito a comunicação. E também vai muito do processo de aceitação, do médico saber que o enfermeiro também estudou, dentro da enfermagem, para saber do cuidado, o que é melhor para o paciente. Quando o médico passa a ouvir o enfermeiro, aquela assistência vai ser mais organizada, vai ter uma comunicação melhor, mais efetiva... O enfermeiro hoje, na visão que eu tenho hoje, da instituição onde eu trabalho, é ouvido pelo médico. Antes, a visão que o médico tinha da enfermagem era que a enfermagem só sabia dar banho, limpar bunda e fazer curativo.” (E4)

Com as mudanças percebidas na formação dos profissionais de saúde e com a maior oferta de residências de enfermagem e multiprofissional, o trabalho médico está sendo orientado, em maior número atualmente, por uma equipe formada por diferentes especialistas das diferentes áreas de saber, como nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e enfermeiros. Um número crescente de profissionais capacitados deve lentamente mudar o cenário que já se apresenta, positivamente, em transformação.

5.3 Perspectivas para melhores práticas de comunicação

Ao término das entrevistas, os participantes foram provocados a acrescentar ou manifestar, caso desejassem, algum pensamento ou contribuição sobre processos comunicativos e a segurança do paciente. Alguns depoimentos se seguem:

“ Ter alguma reunião mais frequente, mais contato com os enfermeiros, talvez até multidisciplinar, seria interessante. Pelo menos para os casos mais crônicos, digamos, que é onde acaba tendo essa demanda maior de multiprofissionais. Eu acho que é interessante.” (M2)

“ Eu acredito que esse round que a gente faz com os técnicos, com a equipe multidisciplinar, se o médico tivesse presente também seria muito importante para a gente, para ele, para o paciente, porque eles passariam qual é o plano de cuidado, qual a proposta que ele tem para aquele paciente. Ele estar inserido nesse round.” (E5)

“ Depois que passou a intercorrência, a gente discutir os pontos positivos e negativos junto à equipe, tentar resolver para uma melhoria próxima. [...] uma segunda opção seria a gente começar também a fazer os rounds com a enfermagem no início da manhã. Na hora que a gente passasse visita nos pacientes, a enfermagem ir com a gente, a gente começar a discutir. Isso seria muito interessante.” (M4)

“ Eu queria que a gente conseguisse expandir (visita multidisciplinar com médico) para mais vezes por semanas, mas a gente ainda não conseguiu... A gente faz uma vez por semana ainda” (E6)

Os momentos que favoreçam o diálogo e possibilitem discussões entre diferentes saberes, médicos, enfermeiros e equipe multidisciplinar, foram assinalados de forma recorrente como iniciativas potentes para tornar a prática assistencial mais segura. Visitas multidisciplinares, reuniões e situações que privilegiem o compartilhamento e intercâmbio de informações, beneficiando as interações necessárias aos processos de comunicação, se revelaram preponderantes entre os participantes.

Os processos de comunicação são concebidos pelos participantes desta pesquisa como fundamentais à prática segura, se mostrando assessorados por instrumentos e recursos que auxiliam na estruturação e troca de informações; contudo, exigem conhecimento e treinamento, e se mostraram vulneráveis a diversos elementos presentes no contexto assistencial. Isto foi observado em questões práticas e objetivas como o aumentado número de EAG relacionados à ausência de registros, e ainda em maior grau nas questões de maior subjetividade como confiança, valorização profissional e tensões de poder.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da máxima hipocrática “*em princípio não causar dano*”, reconhecer elementos que possam determinar incidentes a pacientes submetidos a cuidados de saúde é fundamental para oferta de uma assistência segura, além de atual compromisso de prestadores de serviços de saúde. Investigar erros e falhas cometidos no processo assistencial é um meio legítimo e potente para contribuição de avanços na área da segurança do paciente, assim como o compartilhamento deste conhecimento.

Tida como um determinante da qualidade dos serviços de saúde, e causa recorrente de incidentes com pacientes, a comunicação é evidenciada como fator de relevância na ocorrência de eventos adversos. Deste modo, mostra-se imperativa a compreensão de seus processos para que ações de melhoria possam ser implementadas e a segurança do paciente ampliada.

Com o propósito de encontrar possíveis respostas que sirvam de pistas à uma prática assistencial mais segura, em relação aos processos comunicativos no ambiente hospitalar, esta investigação explorou registros de eventos adversos graves e relatos de experiências de profissionais, que atuam diretamente no cuidado a pacientes internados, imersos no ambiente complexo e dinâmico da atividade assistencial de diferentes realidades e públicos assistidos.

A comunicação foi encontrada como fator contribuinte em praticamente metade dos relatórios que investigaram as causas raiz de eventos adversos graves ocorridos nos hospitais pesquisados, revelando seu impacto na participação dos desfechos indesejados que determinaram danos a pacientes.

A distribuição dos EAG por local de ocorrência revelou características distintas para os incidentes que apresentaram a comunicação como fator contribuinte. Embora as unidades de centro obstétrico e centro cirúrgico tenham se destacado setores com o maior número de EAG, as mortes se mostraram proporcionalmente maiores nas unidades de internação. Os achados relacionados à localidade onde se deram os incidentes sugeriram que, em unidades menos servidas de recursos que servem para instrumentalizar os atos comunicativos, e sem momentos sistematizados que privilegiem a interação de médicos e enfermeiros, a segurança dos pacientes se mostrou mais vulnerável, reforçando a importância da utilização de instrumentos como checklists e protocolos.

Conforme a classificação dos eventos adversos utilizada pela organização investigada, a categoria de maior frequência esteve relacionada à gestão do cuidado, e as falhas relacionados ao retardo no diagnóstico ou tratamento de sinais de deterioração clínica foram o tipo de incidente mais encontrado.

A ausência de anotações de médicos e da enfermagem emergiu de maneira acentuada nos eventos adversos graves associados à comunicação, indicando que o hábito de escrever ainda não se mostra presente. Nos relatos, os participantes reconhecem esta deficiência, melhorada com as novas exigências e práticas que visam à segurança do paciente, implementadas, principalmente, nos últimos anos, mas o médico é o mais reconhecido como profissional que não gosta de escrever. No entanto, os achados expuseram que, igualmente, a enfermagem não registra tudo que deveria ser documentado, deixando lacunas de informação sem resposta.

Quanto à instrumentalização de processos de comunicação, que buscam estruturar o intercâmbio de informações por meio do uso de protocolos, checklist e outras ferramentas como o SBAR, estes foram recursos apontados como essenciais à diminuição de falhas de comunicação, em especial na transição do cuidado, reconhecido pelos participantes como momento crítico para troca de informações durante a hospitalização do paciente, que pode determinar dano ao paciente. No entanto, esta investigação constatou que a existência destes recursos não foi suficiente para garantir a segurança dos pacientes. Em 60% dos eventos adversos relacionados à comunicação estavam presentes falhas associadas a estes instrumentos. Foi evidenciado que mais do que depender de conhecimento e treinamento, a aderência e correta utilização destes instrumentos exige atitudes, que se mostraram influenciadas por questões humanas de maior subjetividade como vontade, crenças e valores.

Os processos de comunicação que dependem de interação, principalmente entre médicos e enfermeiros, se mostraram fragilizados e representaram o maior número de problemas de comunicação descritos nas análises dos incidentes. Fatores como a falta de confiança entre os profissionais se destacaram pela frequência, além de questões relacionadas a divergências de conduta, problemas de relacionamento e hierarquia. As entrevistas desvendaram pontos importantes que permeiam o relacionamento, portanto a comunicação, entre médicos e membros da equipe assistencial, em especial enfermeiros, que merecem considerações. Foi manifestado por todos os enfermeiros participantes que é necessário esforço, e até mesmo momentos de enfrentamento destes com os médicos, para que seja legitimada sua ideia ou opinião. A não valorização do enfermeiro, por parte de médicos, mas também institucionalizada e impregnada na cultura, foi espontaneamente expressa pelos entrevistados da categoria.

O trabalho em equipe e atividades conjuntas que visam motivar a formação de equipe estão presentes em novos cursos da saúde. Profissionais egressos de cursos com foco em desenvolver tais habilidades se mostram mais abertos ao diálogo. Vale lembrar que comunicação não faz parte da maior parte dos cursos de graduação na área da saúde, cabendo a estes profissionais, uma vez no mercado de trabalho, se mobilizarem para aprimorar competências de comunicação.

Os processos de comunicação são influenciados, em qualquer etapa, por ruídos de diferentes origens, e podem impactar na segurança do paciente internado. Passagens de plantão, transferências entre setores, o cansaço e a sobrecarga de trabalho, problemas de relacionamento, dificuldade para realizar registros escritos e a falta de confiança foram algumas das barreiras encontradas. Ambas as funções da comunicação, informacional e interacional, são demandadas com frequência, em diversas situações da prática assistencial, no ininterrupto fluxo de atividades comum ao ambiente hospitalar que, invariavelmente, se mostraram suscetíveis a falhas, e expuseram os pacientes a riscos, com danos graves e óbitos.

Tratando-se comunicação por ser/exigir relacionamento, preenchendo integralmente os espaços da prestação da assistência à saúde, permanentemente são requisitadas interações marcadas por conflitos e tensões de poder, que configuram o contexto assistencial, conforme identificado, influenciando a execução de práticas seguras, com potencial afetação da segurança dos pacientes.

Embora a pesquisa não tenha se proposto a apresentar soluções para minimizar os impactos da comunicação nos desfechos clínicos desfavoráveis, os participantes ofereceram indícios que podem contribuir com melhorias nos processos comunicativos sugerindo a participação de médicos em rounds nas unidades de internação, momentos sistematizados para atualização de informações e discussão de planos terapêuticos, e a criação de mais momentos de contato entre os profissionais que promovam aproximação, auxiliando no estabelecimento de laços e confiança.

O desenvolvimento de um ambiente favorável à manifestação de erros e falhas é fundamental às melhorias necessárias às subnotificações encontradas nos serviços de saúde. Aumentar as notificações é condição básica para que oportunidades de melhoria sejam identificadas e precisam ser estimuladas, assim como avançar nas investigações de incidentes, não limitando-se à descrição do que foi evidenciado por registros formais, ou pela ausência destes, mas ampliar a abordagem de forma sistêmica, buscando extrair sutilezas e subjetividades presentes no contexto assistencial.

6.1 Limitações e estudos futuros

O fato de a pesquisa ter sido realizada em hospitais pertencentes a uma mesma rede pode se mostrar como elemento limitador e oferecer viés à investigação. Os achados documentais dependeram da qualidade e abrangência das informações contidas nas análises de incidentes, que foram feitas por diferentes pessoas e em unidades distintas da rede estudada, refletindo características próprias de contextos e recursos. A pesquisadora, por pertencer à organização

investigada no período em que foram realizadas as entrevistas, pode determinar visões e análises tendenciosas, assim como o direcionamento dos entrevistados.

Mesmo diante da diversidade representada pelos hospitais, vale lembrar que todas as unidades estão orientadas pelas políticas e diretrizes corporativas, cuja abordagem de melhoria é única, não representando o universo brasileiro. Outra questão, ainda, se refere ao número de eventos analisados não ter sido suficiente para depreender a importância da comunicação sobre os incidentes, claramente expostos à subnotificação.

O assunto “comunicação” é complexo, envolto por questões subjetivas e individuais, além de ter sido abordado juntamente a um tema delicado (EAG) que, geralmente, provoca desconforto e evoca uma cultura punitiva, repreendedora e permeada pela intimidação.

É necessário que outras pesquisas se aprofundem neste universo multidimensional da comunicação, em saúde, com foco na segurança do paciente para que progressos sejam obtidos.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AARONSON, E. What We Have Here... Is a Failure to Communicate. **The Joint Commission**, 26 jan. 2017. Disponível em: <https://www.01/26/2017jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/blogs/high-reliability-healthcare/2017/01/what-we-have-here-is-a-failure-to-communicate/?_ga=2.117025797.2045569474.1616158486-1926545199.1614515963>. Acesso em: 20 jun. 2020.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. 2015.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Caderno 7 - Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**, 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 20 - Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2018**. Nov. 2019.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Six Domains of Health Care Quality. **AHRQ**. Content last reviewed November 2018. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>>. Acesso em: 4 jul. 2020
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Adverse events, near misses, and erros**. Disponível em: <<https://psnet.ahrq.gov/primer/adverse-events-near-misses-and-errors>>. Acesso em: 31 jul. 2020.
- ALDAWOOD, F. et al. Enhancing teamwork communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. **BMJ Open Quality**, v. 9, n. 1, p. e000753, fev. 2020.
- AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES et al. Leading a Culture of Safety. **A Blueprint for Success**. Boston: MA. 2017.
- ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 161–172, jan. 2018.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 15: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2016**, dez. 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde n 20 - Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2018**. nov. 2019.
- ARAÚJO, C. A. A pesquisa Norte-Americana. In: HOHLFELDT, A.; MARTINO, L. C.; FRANÇA, V. V. (Eds.). **Teorias da comunicação - conceitos, escolas e tendências**. 15ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p. 119–130.
- ARAÚJO, T. A. M. DE et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601–613, 23 jan. 2017.
- BALDISSERA, R. Comunicação Organizacional na perspectiva da complexidade. **Organicom**, v. 6, n. 10–11, p. 115, 18 dez. 2009.

- BENTO, M. DA S.; ABBUD, M. E. DE O. P. Cultura e comunicação organizacional: uma análise da produção científica brasileira contemporânea. **Rev. Cad. Comun. Santa Maria**, v. 22, n. 2, p. 153–173, ago. 2018.
- BERGMAN, C.; DELLVE, L.; SKAGERT, K. Exploring communication processes in workplace meetings: A mixed methods study in a Swedish healthcare organization. **Work**, v. 54, n. 3, p. 533–541, 26 jul. 2016.
- BERLO, D. K. **O Processo da Comunicação. Introdução à Teoria e Prática**. 10ª ed. [s.l.] Martins Fontes, 2003.
- BIASIBETTI, C. et al. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180337, 2019.
- BLIKSTEIN, I. **Técnicas de comunicação escrita**. 22ª ed. São Paulo, Brasil: Ática, 2009.
- BOHRER, C. D. et al. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 50–60, 30 mar. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Fundação Osvaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº 63, 25 nov. 2011**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html>. Acesso em: 6 outubro, 2020.
- BROCA, P. V.; FERREIRA, M. DE A. Communication process in the nursing team based on the dialogue between Berlo and King. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2015.
- CALDANA, G. et al. Brazilian network for nursing and patient safety: challenges and perspectives. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 906–911, set. 2015.
- CAMARGO, E. P. DE. **Saberes docentes para a inclusão do aluno com deficiência visual em aulas de Física**. São Paulo, Brazil: Editora UNESP, 2012.
- CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. D. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 791–798, ago. 2013.
- CHICHIREZ, C.; PURCĂREA, V. Interpersonal communication in healthcare. **Journal of Medicine and Life**, v. 11, n. 2, p. 119–122, 2018.
- CHILDRESS, S. B. Team Communication: It's About Patient Safety. **Journal of Oncology Practice**, v. 11, n. 1, p. 23–25, jan. 2015.
- COIERA, E. Communication Systems in Healthcare. **Clinical Biochemist Reviews**, v. 27, n. 2, p. 89–98, maio 2006.
- COLLA, J. B. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Quality and Safety in Health Care**, v. 14, n. 5, p. 364–366, 1 out. 2005.
- COLLETTE, A. E. et al. An exploration of nurse-physician perceptions of collaborative behaviour. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 4, p. 470–478, 4 jul. 2017.

- CORNETT, J. A.; KUZIEMSKY, C. Team based communication and the healthcare communication space. **Journal of Health Organization and Management**, v. 32, n. 6, p. 825–840, 1 jan. 2018.
- COSTA, C. F. **Segurança do paciente e a gestão de incidentes em hospitais paulistanos**. Dissertação (Mestrado em Gestão para Competitividade) - [s.l.] Fundação Getulio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2018.
- COSTA, D. B. DA et al. Cultura de segurança do paciente: Avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, 6 ago. 2018.
- CRESWELL, J. W.; ROCHA, L. DE O. DA; SILVA, M. I. DA C. E. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CURVELLO, J. J. A. A comunicação organizacional como fenômeno, como processo e como sistema. **Organicom**, v. 6, n. 10–11, p. 109, 18 dez. 2009.
- DE DEUS, A. R. Qualidade na assistência à saúde - Um olhar sobre a literatura. In: XII CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO & III INOVARSE. Rio de Janeiro, RJ: 2016
- DUARTE, S. DA C. M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144–154, fev. 2015.
- EGGINS, S.; SLADE, D. Communication in clinical handover: improving the safety and quality of the patient experience. **Journal of Public Health Research**, v. 4, n. 3, 17 dez. 2015.
- FARHADI, A.; ELAHI, N.; JALALI, R. The effect of professionalism on the professional communication between nurses and physicians: A phenomenological study. **Journal of Nursing and Midwifery Sciences**, v. 3, n. 3, p. 18, 2016.
- FENCL, J. L.; WILLOUGHBY, C. Daily Organizational Safety Huddles: An Important Pause for Situational Awareness. **AORN Journal**, v. 109, n. 1, p. 111–118, 1 jan. 2019.
- FIGUEIREDO, M. L. DE et al. Analysis of incidents notified in a general hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 111–119, fev. 2018.
- FONSECA, M. R. DA. Relacionamento com o público interno. In: ROCHA, T.; GOLDSCHMIDT, A. (Eds.). **Gestão dos Stakeholders**. 1ª ed. [s.l.] Saraiva Uni, 2012.
- FORONDA, C.; MACWILLIAMS, B.; MCARTHUR, E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. **Nurse Education in Practice**, v. 19, p. 36–40, jul. 2016.
- FRANCO, M. L. P. B.; PUGLISI, M. L. **Análise de conteúdo**. Brasília: Líber Livro, 2005.
- FRANKEL, A. et al. A Framework for Safe, Reliable and Effective Care. Cambridge, MA: **Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare**, 2017.
- FREIRE, E. M. R. et al. Communication as a strategy for hospital accreditation maintenance. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. e20180224, 2019.
- FURINI, A. C. A. **Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde) - Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 21 fev. 2019.
- GANDHI, T. K. et al. Transforming concepts in patient safety: a progress report. **BMJ Quality & Safety**, v. 27, n. 12, p. 1019–1026, dez. 2018.

- GONÇALVES, M. I. et al. Comunicação e segurança do paciente na passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.
- GUZINSKI, C. et al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p.5, 2019.
- HAILU, F. B.; KASSAHUN, C. W.; KERIE, M. W. Perceived Nurse—Physician Communication in Patient Care and Associated Factors in Public Hospitals of Jimma Zone, South West Ethiopia: Cross Sectional Study. **PLOS ONE**, v. 11, n. 9, p. e0162264, 15 set. 2016.
- HASYIM et al. Revitalization Management of Patient Safety Culture with Malcolm Baldrige’s approach. **Talent Development & Excellence**, v. 12, n. 1, p. 2372–2380, jan. 2020.
- HEMESATH, M. P. et al. Comunicação eficaz nas transferências temporárias do cuidado de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180325, 2019.
- HOHLFELDT, A. As origens antigas: A comunicação e as civilizações. In: HOHLFELDT, A.; MARTINO, L. C.; FRANÇA, V. V. (Eds.). **Teorias da comunicação - conceitos, escolas e tendências**. 15ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p. 61–98.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. DE S.; FRANCO, F. M. DE M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- HUGHES, R. G. **Tools and Strategies for Quality Improvement and Patient Safety**. [s.l.] Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. Erro médico é terceira causa de morte nos EUA, estima pesquisa. **Segurança do Paciente**. 5, maio, 2016. Disponível em: <<https://www.segurancadopaciente.com.br/noticia/erro-medico-e-terceira-caoa-de-morte-nos-eua-estima-pesquisa/>>. Acesso em: 12 fev. 2021.
- INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **II ANUÁRIO DA SEGURANÇA ASSISTENCIAL HOSPITALAR NO BRASIL - Propondo as Prioridades Nacionais**. [s.l.] Instituto de Estudos de Saúde Suplementar -IESS, 2018. Disponível em: <<https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2020.
- INSTITUTE OF MEDICINE (U.S.) (ED.). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, D.C: National Academy Press, 2001.
- JAMES, J. T. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. **Journal of Patient Safety**, v. 9, n. 3, p. 122–128, set. 2013.
- JORDÃO, G. O conceito da comunicação com os stakeholders. In: ROCHA, T.; GOLDSCHMIDT, A. (Eds.). **Gestão dos Stakeholders**. 1ª ed. [s.l.] Saraiva Uni, 2012.
- KERN, A. E.; FELDMAN, L. B.; D’INNOCENZO, M. Implantação do gerenciamento de riscos num hospital público. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 29, p. 9, 2018.
- KRENZ, H. et al. Nurses’ voice: the role of hierarchy and leadership. **Leadership in Health Services**, v. 33, n. 1, p. 12–26, 2 jan. 2020.
- KUNSCH, M. M. K. **Planejamento de Relações Públicas na Comunicação Integrada**. [s.l.] Summus Editorial, 2003.

- KUNSCH, M. M. K. Comunicação organizacional: conceitos e dimensões dos estudos e das práticas. In: **Faces da cultura e da comunicação organizacional**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2006.
- KUNSCH, M. M. K. A comunicação estratégica nas organizações contemporâneas. **Media & Jornalismo**, v. 18, n. 33, p. 13–24, 12 nov. 2018.
- LEE, K. R.; KIM, E. J. Relationship between Interprofessional Communication and Team Task Performance. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 43, p. 44–50, jun. 2020.
- LEMOES, D. M. P. et al. Comunicação efetiva para o cuidado seguro ao paciente com implante de dispositivo de assistência ventricular. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. 51, 2019.
- LO, L. Teamwork and Communication Working Group. Improving patient safety with effective teamwork and communication: Literature review needs assessment, evaluation of training tools and expert consultations. Edmonton (AB): **Canadian Patient Safety Institute**, 2011.
- MAIA, C. S. et al. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, 2018.
- MARCHIORI, M. Os desafios da comunicação interna nas organizações. **Conexão - Comunicação e Cultura - UCS. Universidade Caxias do Sul**, v. 9, p. 145–159, jun. 2010a.
- MARCHIORI, M. Reflexões iniciais sobre a Comunicação como Processo nas Organizações da Contemporaneidade. In: XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO. Caxias do Sul, RS: 2 set. 2010b
- MARTINO, L. C. De qual comunicação estamos falando? In: HOHLFELDT, A.; MARTINO, L. C.; FRANÇA, V. V. (Eds.). **Teorias da comunicação - conceitos, escolas e tendências**. 15ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. p. 11–25.
- MELCHIADES, E. P. **Segurança do paciente: análise das notificações de eventos em um hospital privado**. Dissertação apresentada para obtenção de título de Mestre [s.l.] Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Medicina, 2013.
- MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 165, p. 1044–1066, set. 2017.
- MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 393–406, dez. 2005.
- MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279–284, 1 ago. 2009.
- MILAGRES, L. M. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos**. Dissertação (Mestrado Profissional) - Juiz de Fora - MG: Universidade Federal de Juiz de Fora/Faculdade de Enfermagem, 2015.
- MINUZZI, A. P.; SALUM, N. C.; LOCKS, M. O. H. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016.
- MONTAGUE, J. et al. Sustaining the commitment to patient safety huddles: insights from eight acute hospital ward teams. **British Journal of Nursing**, v. 28, n. 20, p. 1316–1324, 14 nov. 2019.

- MORIN, E. A comunicação pelo meio (teoria complexa da comunicação). **Revista FAMECOS**, v. 1, 11 abr. 2008.
- MOURA, S. R. S. DE. **Avaliação da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) - Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2018.
- NOGUEIRA, J. W. DA S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 23 set. 2015.
- NUNES, M. B. M. **Impacto de um modelo de melhoria da qualidade na redução de erro relacionado à administração de vacina em Unidade Básica de Saúde**. Mestrado em Tecnologia e Inovação em Enfermagem - Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 30 jun. 2020.
- OLINO, L. et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180341, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Redes de profissões de saúde. Enfermagem e obstetrícia. Recursos humanos para a saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. [s.l.: s.n.]. Lisboa, 2011 Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2020.
- PARK, K.-O.; PARK, S.-H.; YU, M. Physicians' Experience of Communication with Nurses related to Patient Safety: A Phenomenological Study Using the Colaizzi Method. **Asian Nursing Research**, v. 12, n. 3, p. 166–174, set. 2018.
- PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 5297, 17 dez. 2017.
- PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 3, p. 616, 28 set. 2018.
- PEREIRA, B. C. et al. Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería. **Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades**, n. 53, 2019.
- PORTELA, M. C. et al. Ciencia de la Mejora del Cuidado de la Salud: bases conceptuales y teóricas para su aplicación en la mejoría del cuidado de salud. **Cad. Saúde Pública**, p. 15, 2016.
- RAMÍREZ, E. et al. Effectiveness and limitations of an incident-reporting system analyzed by local clinical safety leaders in a tertiary hospital: Prospective evaluation through real-time observations of patient safety incidents. **Medicine**, v. 97, n. 38, p. 10, set. 2018.
- REIS, C. T. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 11, nov. 2016.

- REIS, C. T. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (Eds.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2019. p. 77–110.
- REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029–2036, jul. 2013.
- ROBINSON, A. Z. **A Systematic Review of Structured Communication Among Interprofessional Teams**. Degree of Doctor of Nursing Practice—Minneapolis, MN. Estados Unidos: Walden University, 2020.
- ROCHA, T.; GOLDSCHMIDT, A. (EDS.). **Gestão dos Stakeholders. Como gerenciar o relacionamento e a comunicação entre empresa e seus públicos de interesse**. 1ª ed. [s.l.] Saraiva Uni, 2012.
- RYAN, S. et al. Do safety briefings improve patient safety in the acute hospital setting? A systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 75, n. 10, p. 2085–2098, out. 2019.
- SAMMER, C. E. et al. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature: Patient Safety Culture. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 156–165, 21 jan. 2010.
- SANDARS, J.; COOK, G. (EDS.). **ABC of patient safety**. Malden, Mass: Blackwell Pub. : BMJ Books, 2007.
- SANTOS, F. M. DOS. Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.]**, v. 6, p. 383–387, maio 2012.
- SANTOS, K. DA S. et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 655–664, fev. 2020.
- SCHIESARI, L. M. C.; MALIK, A. M. Segurança do Paciente. In: Vecina Neto, G.; Malik, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2016.
- SETTANI, S. S. et al. Comunicação de enfermagem e as repercussões na segurança do paciente. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v. 13, p.7. 13 jun. 2019.
- SHERMAN, H. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: the conceptual framework. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 2–8, fev. 2009.
- SIMSEKLER, M. C. E. The link between healthcare risk identification and patient safety culture. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 32, n. 3, p. 574–587, 1 jan. 2019.
- SORRA, J. et al.; AHRQ. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. jan. 2016. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2020.
- SORRA, J.; NIEVA, V. Hospital Survey on Patient Safety Culture (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). **Agency of Healthcare Research and Quality**. nº04-0041, p. 74, set. 2004.
- STAVROPOULOU, C.; DOHERTY, C.; TOSEY, P. How Effective Are Incident-Reporting

- Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review: Incident-Reporting Systems for Improving Patients' Safety. **The Milbank Quarterly**, v. 93, n. 4, p. 826–866, dez. 2015.
- SUTCLIFFE, K. M.; LEWTON, E.; ROSENTHAL, M. M. Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps: **Academic Medicine**, v. 79, n. 2, p. 186–194, fev. 2004.
- TEIXEIRA, M. M.; ROCHA, Á. **De Aristóteles a Teixeira: Da Retórica à Comunicação Online**. In: CONFERÊNCIA IBÉRICA DE SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO. Jan. 2018. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=iih&AN=134951467&lang=pt-br&site=eds-live>>. Acesso em: 19 set. 2020
- TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. D. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 139–146, mar. 2010.
- THE JOINT COMMISSION. **Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004 –2015**, fev. 2016. Disponível em: <<https://hcupdate.files.wordpress.com/2016/02/2016-02-se-root-c04-2015.pdf>> fauses-by-event-type-20> Acesso em: 9 janeiro, 2021
- TYLL, M. G. et al. Segurança do paciente: notificação de incidentes em hospitais de referência. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 6, p. 730, 12 jan. 2020.
- VINCENT, C. The Essentials of Patient Safety. Adapted from **Patient Safety** 2nd Edition, p. 53, 2011.
- VINCENT, C. et al. Safety analysis over time: seven major changes to adverse event investigation. **Implementation Science**, v. 12, n. 1, p. 151, 28 dez. 2017.
- VINCENT, C. A. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, n. 4, p. 242–243, 1 ago. 2004.
- VINCENT, C. A.; AMALBERTI, R. **Cuidado de Saúde mais Seguro: Estratégias para o cotidiano do cuidado**. [s.l.] Proqualis, ICICT/Fiocruz, 2016a.
- VINCENT, C.; AMALBERTI, R. **Safer Healthcare**. Cham: Springer International Publishing, 2016b.
- WANG, Y. et al. The influence of effective communication, perceived respect and willingness to collaborate on nurses' perceptions of nurse–physician collaboration in China. **Applied Nursing Research**, v. 41, p. 73–79, jun. 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **More than words. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS); technical report**. Geneva; 2009. World Health Organization: [s.n.]. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 10 facts on patient safety. **Patient Safety**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety#>>. Acesso em 12, dezembro 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Lisboa, 2011.
- ZAMBOM, L. S. **Segurança do Paciente em terapia intensiva: caracterização de eventos**

adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência. Tese apresentada para obtenção do título Doutor em Ciências - São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2014.

ZHU, L. et al. Combined SNA and LDA methods to understand adverse medical events. **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v. 30, n. 3, p. 129–153, jul. 2019.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Idade:

Formação:

Tempo na instituição:

Unidade:

Como você vê a comunicação na segurança do paciente?

No seu local de trabalho, como é a comunicação entre enfermeiros/médicos e equipes sobre as questões de segurança dos pacientes?

Poderia descrever alguma medida, iniciativa ou recurso empregado na rotina assistencial relacionado à comunicação que visa o cuidado seguro? Que percepções tem a respeito deles?

Alguma vez experienciou ou soube de acidentes ou quase-acidentes relacionados a problemas de comunicação? Poderia me contar como ocorreram?

Observa oportunidades para uma melhor comunicação entre médico/enfermeiro?

ANEXO I - PROTOCOLO DE LONDRES

PROTOCOLO DE LONDRES

Orientações para investigação sistêmica de incidentes

Porque Investigar	Todos os Eventos Graves e Incidentes Sentinela devem ser investigados.
Time de Investigação	A investigação deve ser conduzida por profissionais formalmente capacitados em fatores humanos e investigação de incidentes.
Fontes e organização da informação: (entrevista, prontuários, etc.)	As entrevistas devem ser individuais, a fim de garantir a privacidade dos colaboradores envolvidos e dos pacientes, e evitar exposições desnecessárias.
Cronologia do Incidente	Os acontecimentos devem estar descritos formalmente em ordem cronológica para melhorar o entendimento das relações sistêmicas dos fatores contribuintes e desencadeamento sequencial dos "Fatores de Risco" nos processos envolvidos.

Análise Sistêmica

TIPOS DE FATORES	EXEMPLOS DE FATORES CONTRIBUINTES
Fatores do Paciente	Complexidade e gravidade de condições
	Linguagem e comunicação
	Fatores de personalidade e sociais
Fatores da Tarefa/Tecnologia	Concepção, característica e clareza das tarefas
	Disponibilidade, clareza adequação à realidade dos protocolos
	Disponibilidade e precisão dos resultados dos exames
	Sistema de apoio a decisão
Fatores Individuais/ Staff	Atitude, conhecimento de habilidades
	Experiência específica
	Saúde física e mental
Fatores da Equipe	Comunicação verbal
	Comunicação escrita
	Supervisão e disponibilidade de ajuda
	Estrutura da Equipe (convergência, harmonia, liderança)
Fatores Ambientais	Habilidades múltiplas e alçadas do colaborador
	Sobrecarga de trabalho e turnos de trabalho
	Suporte administrativo ou da gestão
	Interface do equipamento, disponibilidade de equipamento, manutenção
	Ambiente físico: barulho, interrupção, iluminação, temperatura.
Fatores organizacionais e de Gestão	Recursos financeiros e restrições
	Estrutura organizacional
	Política, normas e metas
	Cultura de segurança e prioridades
Fatores do contexto Institucional/ Sistema de Saúde	Contexto econômico e regulamentar
	Ambiente mais amplo dos serviços de saúde e determinantes sociais
	Relações com organizações externas

Notificação dos Eventos Adversos Graves

A política corporativa de Segurança do Paciente determina que todo EAG deve ser notificado à Administração Corporativa para apoio nas ações de mitigação de dano e análise.

A notificação deve ocorrer em até 48 horas da ocorrência do evento, através do preenchimento deste formulário. O mesmo será enviado automaticamente para a Diretoria Corporativa de Saúde, Medicina e Segurança do Paciente.

Para fins de notificação, EAG é qualquer evento ou circunstância que tenha causado dano grave (físico ou psicológico) ou óbito ao paciente. Dano grave, por sua vez, é aquele que requer intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico cirúrgica ou que causou dano permanente ou em longo prazo; perturbação fetal ou anomalia congênita.

Os EAG que devem ser notificados, estão descritos na Política de Segurança do Paciente

Importante: A análise do EAG deverá ser encaminhada por e-mail em 45 dias úteis após a ocorrência do evento.

...

* Obrigatória

1. Nome da Unidade *

Exemplo: Unidade de Terapia Intensiva - Hospital de Referência - São Paulo

Insira sua resposta

2. Nome completo do paciente: *

insserir o nome completo do paciente

Insira sua resposta

3. Número de atendimento *

Insira sua resposta

4. Idade *

Insira sua resposta

5. Gênero *

☐ Masculino

☐ Feminino

6. Data do incidente: *

Insira a data no formato de dd/MM/yyyy



7. Local do incidente *

☐ Pronto atendimento / Pronto socorro

☐ Unidade de internação

☐ Unidade de terapia intensiva

☐ Ambulatório

☐ Centro Cirúrgico

☐ Centro Obstétrico

☐ Serviço de diagnóstico por imagem

☐ Hemodiálise

8. Categoria do Evento Adverso Grave (EAG) *

- ☐ Eventos relacionados a procedimentos cirúrgicos ou invasivos
- ☐ Eventos relacionados a produtos ou dispositivos
- ☐ Eventos relacionados à proteção do paciente
- ☐ Eventos relacionados à gestão do cuidado
- ☐ Eventos ambientais
- ☐ Eventos radiológicos
- ☐ Eventos criminais potenciais

9. Tipo de Evento Adverso Grave (EAG) *

- ☐ Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no local errado.
- ☐ Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado.
- ☐ Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente.
- ☐ Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo.
- ☐ Óbito intra operatório ou imediatamente pós-operatório/pós procedimento em paciente ASA Classe 1
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associada ao uso de medicamentos, dispositivos ou biológicos contaminados fornecidos pela organização prestadora de cuidado de saúde.
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associada ao uso de ou à função de um dispositivo no cuidado ao paciente, no qual o dispositivo é usado para outras funções que não a pretendida.
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associada a embolia gasosa que ocorre enquanto estiver sendo cuidado por organização prestadora de cuidado de saúde.
- ☐ Alta ou liberação de paciente/residente de qualquer idade, que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa que não aquela autorizada.
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associada à fuga (desaparecimento) do paciente.
- ☐ Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria enquanto estiver recebendo cuidados em uma organização prestadora de

cuidado de saúde.

- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associada a erro de medicação (por exemplo, erros envolvendo a droga errada, a dose errada, o paciente errado, a hora errada, a velocidade errada, a preparação errada ou a via de administração errada).
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associada à administração insegura de hemocomponentes.
- ☐ Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestações de baixo risco enquanto assistida por uma organização prestadora de cuidados de saúde.
- ☐ Óbito ou lesão grave do neonato associada a trabalho de parto ou a parto em gestação de baixo risco.
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associada a queda enquanto sob cuidados de uma organização prestadora de cuidado de saúde.
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.
- ☐ Úlcera por pressão grau III ou IV adquirida após admissão.
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associada a choque elétrico durante o processo de cuidado ao paciente em uma organização prestadora de cuidado de saúde.
- ☐ Qualquer incidente no qual sistemas designados para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenham gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associada à queimadura decorrente de qualquer fonte durante o processo de cuidado ao paciente em uma organização prestadora de cuidado de saúde.
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente associada ao uso de contenção física ou grades na cama enquanto sob cuidados de uma organização prestadora de cuidados em saúde.
- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de ressonância nuclear magnética (RNM).
- ☐ Qualquer tipo de cuidado prescrito por ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.
- ☐ Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas premissas da organização prestadora de cuidado de saúde.

- ☐ Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física que ocorre dentro ou nas premissas da organização prestadora de cuidado de saúde.
- ☐ Abdução de paciente ou residente de qualquer idade.
- ☐ Óbito ou lesão grave associado a falha/retardo no diagnóstico, tratamento e/ou reconhecimento de deterioração clínica

10. Descreva um breve relato do EAG. *

Insira sua resposta

11. Óbito ? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. Liste as ações imediatas após o EAG. *

Insira sua resposta

13. Nome do responsável pelo preenchimento: *

Insira sua resposta

14. Data do preenchimento desse formulário: *

Insira a data no formato de dd/MM/yyyy



Enviar

Nunca forneça sua senha. [Relatar abuso](#)

Este conteúdo foi criado pelo proprietário do formulário. Os dados que você enviar serão enviados ao proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pela privacidade ou práticas de segurança de seus clientes, incluindo aqueles do proprietário deste formulário. Nunca forneça sua senha.

Da plataforma Microsoft Forms |

O proprietário deste formulário não forneceu uma política de privacidade sobre como usará seus dados de resposta. Não forneça informações pessoais ou confidenciais.

| [Condições de uso](#)