

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM HOSPITALISTA

NATÁLIA PEIXOTO DOS SANTOS

A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO
ASSISTENCIAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE: uma revisão
integrativa da literatura

Porto Alegre

2012

NATÁLIA PEIXOTO DOS SANTOS

**A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ASSISTENCIAL NA
SEGURANÇA DO PACIENTE: uma revisão integrativa da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista, pelo Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalista, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elenara Ribas

Porto Alegre

2012

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	OBJETIVO	06
3	REVISÃO DE LITERATURA	07
3.1	Gerenciamento de Riscos	09
3.2	A importância da comunicação eficaz	10
4	METODOLOGIA	12
4.1	Tipo de Estudo	12
4.2	Amostra	12
4.3	Análise dos Dados	13
4.4	Aspectos Éticos	15
5	RESULTADOS	16
6	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	19
6.1	A prevenção de eventos adversos	21
6.2	A barreira da comunicação entre as equipes	23
6.3	Ferramentas para se desenvolver uma cultura de segurança	25
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS	29
	APÊNDICE	33

1 INTRODUÇÃO

As questões da segurança do paciente e da gestão de risco começam a ser uma área de atividade crescente a nível mundial para gestores de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais que trabalham no setor dos cuidados de saúde (FARIA, 2010).

O gerenciamento, administração ou gestão de riscos é um processo implantado nas organizações no âmbito geral. Na saúde, de forma sistemática, é utilizado com a finalidade de detectar, precocemente, situações que podem gerar consequências às pessoas, à organização e ao meio ambiente (FELDMAN, 2004).

O objetivo essencial é a medida preventiva, a percepção por parte dos profissionais de saúde do que “está estranho, inadequado ou errado”, para que providências imediatas sejam tomadas, minimizando danos e prejuízos, que muitas vezes são imensuráveis (FELDMAN, 2004).

A visão sistêmica dos erros considera que os homens são falíveis e que todas as organizações, incluindo aquelas de excelência em segurança, irão conviver com certa taxa de erros (ANACLETO *et al*, 2010).

Esta abordagem destaca que os erros são conseqüências e não causas, dando assim grande importância à segurança dos sistemas. Quando ocorre um erro procura-se conhecer e estudar as causas em todos os seus detalhes e não apenas saber quem foi e aplicar punições (ANACLETO *et al*, 2010).

Para Faria (2010, p.83) a ideia de que a construção de uma verdadeira “cultura de segurança” não depende apenas da existência de um quadro legal adequado, mas de um esforço de natureza multidisciplinar e da criação de um ambiente de “não culpabilização” dos profissionais de saúde, pois o risco é inerente ao setor de cuidados de saúde, subsistindo mesmo perante um pleno cumprimento das normas de segurança.

Faria (2010, p.84) ressalta que uma verdadeira cultura de segurança não depende só das normas setoriais que possam vir a ser aprovadas, mas de todo um ambiente envolvente que passa obrigatoriamente por uma justiça não condenatória dos profissionais que hoje prestam cuidados de saúde ou gerenciam unidades de saúde. A área da saúde é um setor onde o risco é inerente, mesmo existindo um cumprimento rigoroso das normas de segurança nas Instituições de saúde.

Observa-se que todo esforço de melhoria de uma organização deve começar por meio do enfoque dos profissionais no que tange à educação, desenvolvimento de habilidades, formação de consciência responsável, treinamentos para o trabalho em equipe e criação da visão ética do trabalho (MANZO, 2009).

O Programa da Organização Mundial da Saúde, PROQUALIS, pelo Centro Colaborador para Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (2009) fornece orientações e estratégias para prevenir e reduzir o risco de danos ao paciente e aponta como fundamental promover a comunicação adequada na assistência ao paciente. Esse programa salienta que a complexidade envolvida no cuidado ao paciente, seja pela incorporação tecnológica, ou pelas características e gravidade do quadro clínico dos pacientes, requer não só uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, mas também uma participação efetiva dos próprios pacientes e seus familiares. Dessa forma, a adequada comunicação torna-se fundamental para evitar problemas que podem resultar em sérios danos, por causarem descontinuidade no cuidado e até tratamento inadequado.

Segundo Santos *et al* (2010) problemas de comunicação entre os profissionais de saúde têm sido associados, em vários estudos, à diminuição de qualidade de cuidados e a danos potenciais para os pacientes que poderiam ser evitados. Também, é evidenciado que uma comunicação ineficaz entre equipes de saúde torna-se a principal causa de eventos adversos dentro dos hospitais.

Concomitante com essa ideia, para Leonard, Graham e Bonacum (2004) uma comunicação eficaz entre a equipe de trabalho é essencial para o desempenho de um trabalho de alta qualidade, com cuidado seguro ao paciente.

Desta forma, este estudo representa o fechamento de uma importante etapa da continuidade na minha formação profissional como enfermeira. Acredito que proporcionar subsídios sobre este tema permitirá um aprimoramento do cuidado ao paciente, evidenciando a importância de uma comunicação adequada entre as equipes e mostrando que esses conceitos alteram a realidade de segurança ao paciente.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Realizar um estudo sobre o quão efetivo torna-se a assistência ao paciente quando se possui uma comunicação eficaz entre os membros da equipe.

2.2 Objetivo específico

- 1) Avaliar o que está se fazendo para diminuir e, principalmente, prevenir eventos adversos relacionados a comunicação inadequada das equipes;
- 2) Evidenciar métodos utilizados para melhorar a comunicação entre as equipes.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A sobrevivência no mercado de trabalho cada vez mais globalizado e competitivo é um dos grandes desafios das Instituições de saúde na atualidade. Buscando se adequar às mudanças vividas pela sociedade contemporânea e ao mesmo tempo atender às demandas de uma clientela cada vez mais exigente, gestores dos serviços de saúde têm adotado novas posturas que impõem o incremento do nível de qualidade assistencial (MANZO, 2009).

O problema da qualidade em saúde e, dentro desta, da segurança dos pacientes é um campo, relativamente recente dentro da gestão em saúde, investigação e prática clínicas. Apenas nas últimas três décadas é que este tema se tornou uma preocupação formal dos diversos Sistemas de Saúde e seus responsáveis (CARNEIRO, 2010).

No Brasil, desde 1970, o Ministério da Saúde desenvolve o tema Qualidade e Avaliação Hospitalar partindo de início da publicação de Normas e Portarias a fim de regulamentar esta atividade e, atualmente, visa trabalhar na implantação de um sistema eficaz e capaz de controlar a assistência à saúde no nosso país (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

No entanto, somente em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade com o objetivo de promover esta cultura nas Instituições de saúde. Estabeleceu, ainda, a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde – CNQPS, que desempenhou importante papel na elaboração das diretrizes do programa de qualidade e na sua disseminação (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

E, em 1999, foi constituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que tem como principais objetivos à implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade (ONA, 2011).

Já, em 2005, a Organização Mundial de Saúde lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, identificando seis áreas de ação, sendo um dos seis tópicos o desenvolvimento de “soluções para segurança do paciente” (WHO, 2007).

Diante desse panorama, Feldman (2004) salienta que a Instituição hospitalar deve buscar constantemente o Gerenciamento de Riscos, com uma harmoniosa

integração entre as áreas assistencial, tecnológica, administrativa, econômica, ética, educativa e de pesquisa em todos os serviços, surpreendendo positivamente a expectativa do cliente, na prestação do serviço com uma qualificada assistência de saúde.

3.1 Gerenciamento de Riscos

Mais recentemente, tem-se assistido a um movimento crescente no sentido de valorizar a investigação na área da segurança do paciente e, também, na necessidade de desenvolver e avaliar o impacto de soluções inovadoras que possam acrescentar valores em termos de ganhos clínicos, sociais e econômicos (SOUSA; UVA; SERRANHEIRA, 2010). Dentro desse relevante contexto Feldman (2004, p.744) faz uma importante reflexão em seu estudo, sendo:

“A meta da análise de risco é a criação e o planejamento de um Comitê de Riscos ou Comissão de Gerenciamentos de Riscos, para que o desenvolvimento do trabalho realizado pelos profissionais da saúde no cuidado ao paciente, o façam gerenciando suas ações, para prevenir a produção de danos diretos próprios ou indiretos pela equipe de saúde, na assistência ao paciente; tendo por base as exigências normativas e regulamentadoras específicas e a legislação vigente”.

Em contrapartida, pelo que se constata na literatura diante dessa problemática, o processo de segurança do paciente, ainda, dá seus “primeiros passos” e, em muitos países, apresenta-se de forma fragmentada e pouco valorizada; mesmo países como Estados Unidos da América e Reino Unido, mostrando, desde o final da década de 90 e início do século XXI publicações de estudos que permitem o conhecimento acerca da dimensão, natureza e impacto dos eventos adversos em diferentes países e Instituições de saúde (SOUSA; UVA; SERRANHEIRA, 2010).

Como afirma o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) (2010), todos os dias, eventos adversos acontecem dentro dos sistemas de saúde, causando danos físicos e psicológicos para um ou mais pacientes, suas famílias, comunidade e para a organização.

Com isso, mostra-se que se exige, no entanto, o desenvolvimento de uma cultura de qualidade que deve fazer parte da cultura da organização e em que a concepção dos sistemas de trabalho deve ter presente que os profissionais de saúde são parte integrante do processo de gestão de qualidade. De fato, a prestação de cuidados de saúde comporta riscos que importa conhecer para anulá-los, ou pelo menos, que se possa diminuí-los (UVA; SOUSA; SERRANHEIRA, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008), a cultura de uma Organização em relação à segurança do paciente, ou seja, uma cultura de segurança, é importante porque, provavelmente, é um fator que pode afetar todo o sistema de processos e defesas para o bem ou para o mal. Entende-se, com isso, que a cultura é um produto das atitudes, crenças e práticas da organização.

3.2 A importância da comunicação eficaz

A segurança do paciente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI. O reconhecimento da ocorrência de erros ou acidentes adversos com consequências graves para os pacientes e para as instituições de saúde, fez com que, recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) nomeasse comissões centradas na identificação de situações de risco e na elaboração de soluções que possam servir de recurso para a prevenção dessas situações. O resultado dos trabalhos destas comissões tornou evidente a importância da comunicação como determinante da qualidade e da segurança na prestação de cuidados ao paciente (SANTOS *et al*, 2010).

Santos *et al* (2010) reflete que dos vários fatores considerados como fonte de erro dentro de uma instituição de saúde e conseqüente risco para o cliente, as falhas que se verificam a nível do processo de comunicação ocupam lugar de destaque, relacionando-se com os maiores graus de insatisfação dos pacientes e com grande parte das queixas apresentadas pelos mesmos.

Falhas na comunicação em nível de equipe podem conduzir a quebras na continuidade dos serviços prestados, a tratamentos e/ou procedimentos inadequados ou pouco eficazes, com potenciais efeitos negativos para o paciente. Um processo de comunicação desenvolvido de forma imprópria do contexto e suas intervenções repercutem-se negativamente nos seus comportamentos, promovendo a incompreensão e insatisfação, constituindo-se como fonte privilegiada de erro e más práticas dos profissionais de saúde (SANTOS *et al*, 2010).

Muitos fatores contribuem para as falhas na comunicação. Em primeiro lugar, médicos e enfermeiras são treinados para se comunicar de formas muito diferentes. A falta de comunicação e procedimentos padronizados na área da saúde aumenta a

importância dos membros da equipe de trabalho de criarem um modelo de comunicação padrão para aperfeiçoarem a comunicação e, conseqüentemente, na qualidade à assistência ao paciente (Leonard; Graham; Bonacum, 2004).

Santos *et al* (2010) traz em seu estudo que “as passagens de turno” (*handover*) definida como a transmissão de informações a respeito do paciente de forma oral entre os profissionais da saúde, nos momentos de transição de turnos e equipes de trabalho. Segundo a Joint Commission on Accreditation of Health Care (JCAHO) (2005) *handover* é um processo de passagem de informação entre os profissionais de saúde que tem como missão a continuidade e a segurança dos cuidados aos pacientes. Traz, também, que o aumento da qualidade dos *handover* tem sido associado à melhor qualidade dos serviços, à diminuição de erros e à diminuição da mortalidade.

Diante dessa problemática, criaram-se ferramentas para padronizar a comunicação entre os membros das equipes de trabalho. Uma delas chama-se SBAR, uma efetiva ferramenta de comunicação, trazendo como significado a sigla “*Situation*” – “*Background*” – “*Assessment*” e “*Recommendation*”, que, também, propicia o desenvolvimento do pensamento crítico e uma apropriada solução para os casos em questão.

Experiências em hospitais de países da Europa, nos Estados Unidos da América entre outros países, mostram evidências que se utilizando, adequadamente, ferramentas para qualificar a comunicação entre as equipes de saúde, como a referida anteriormente, os eventos adversos foram reduzidos e, também, possibilitou-se uma intervenção mais precoce nos eventos já ocorridos (Leonard; Graham; Bonacum, 2004).

4 METODOLOGIA

O tipo de estudo a ser realizado, a amostra a ser estudada, a análise de dados e aspectos éticos serão contemplados a seguir.

4.1 Tipo de Estudo

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa. Revisão integrativa é o tipo mais amplo de pesquisa de revisão, pois permite a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não-experimentais, combina dados de literatura empírica e teórica e incorpora uma grande gama de propósitos: definir conceitos, revisar teorias, revisar evidências e analisar questões metodológicas de um tema específico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

4.2 Amostra

A busca de artigos em língua inglesa e portuguesa foi realizada na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), utilizando-se os descritores, conforme categorização pelo *MeSH* (Medical Subject Headings) e/ou palavras-chave, que foram “Situation – Background – Assessment - Recommendation (SBAR)”, “Security Assistance”, “Communication”, “Risk Management”, “Adverse Events”, “*Patient*” AND “*Nursing*”. Todos os termos foram cruzados entre si aleatoriamente.

A busca de artigos em português e espanhol foi realizada no Scielo e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através dos mesmos descritores acima referidos.

Foram critérios de inclusão:

- artigos originais, de métodos qualitativos e quantitativos, empíricos e teóricos;

- artigos escritos em português, inglês e espanhol, publicados desde 2000 a 2012, cujo tema seja comunicação entre equipes de trabalho nas Instituições de Saúde.

Serão critérios de exclusão:

- textos não indexados nas bases de dados especificadas;
- artigos escritos em idiomas que não sejam português, inglês ou espanhol;
- artigos que limitam o tema a comunicação nas Instituições de Saúde sem relevância para a enfermagem.
- artigos sem texto completo disponível nas bases de dados em que estavam indexados;
- artigos publicados anteriormente ao ano 2000.

4.3 Análise dos Dados

Todos os artigos encontrados na busca serão analisados e selecionados quanto ao conteúdo do título para, então, serem selecionados através da leitura dos resumos. Após preencherem os critérios de inclusão, os artigos serão avaliados na íntegra pela pesquisadora para a sua inclusão.

O desenvolvimento do estudo seguiu como referencial teórico às etapas descritas por Gil (2002), para o qual a pesquisa constitui-se das seguintes fases:

- Formular o problema: utilização de pesquisa bibliográfica com a finalidade de melhorar a visão do problema, tornando-o mais específico ou, ainda, para o fim de construção de hipóteses;
- Elaborar o plano de trabalho: orientação dos procedimentos seguintes após a definição dos objetivos. Corresponde ao desenvolvimento que se pretende dar à pesquisa;
- Identificar as fontes: identificação das fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema, como procura de catálogos de livros, publicações e especialistas que realizam pesquisa na área;
- Localizar e obter material: localização das obras identificadas. Pode ser feita em consultas a bibliotecas ou em compras nas livrarias;
- Ler o material: leitura do material localizado. Primeiramente, leitura exploratória; após, leitura seletiva; leitura analítica; e por último, leitura interpretativa;
- Confeccionar as fichas de leitura: com o objetivo de identificar as obras consultadas, registrar o conteúdo e os comentários acerca das obras e ordenar os registros;
- Estruturar a construção lógica do trabalho: classificar as fichas de leitura e agrupá-las por assuntos;

- Redigir o texto: é a última etapa de uma pesquisa. Não existem regras fixas que determinem o procedimento, mas alguns aspectos devem ser considerados na elaboração do relatório como conteúdo (introdução, contexto e conclusões), estilo (impessoal, claro, preciso e conciso) e aspectos gráficos (organização das partes, disposição do texto, citações, notas de rodapé, tabelas, bibliografia).

Os artigos serão categorizados e sintetizados através de um instrumento, criado segundo os preceitos citados acima, contendo as seguintes informações:

- título;
- autores;
- periódico, volume, número e ano;
- objetivos;
- método utilizado;
- evidências/teorias;
- observações da pesquisadora.

Posteriormente, os dados serão analisados. A fase final será a reflexão crítica sobre as informações encontradas.

4.4 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos serão preservados, na medida em que os nomes dos autores consultados serão referenciados no texto, juntamente com o ano de publicação da obra, como previsto na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que trata dos Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

5 RESULTADOS

A figura 1 apresenta um esquema da seleção dos artigos localizados pela base de dados *MEDLINE*. Com a busca realizada, 29 artigos foram selecionados após a leitura dos títulos e, 15 foram descartados após a leitura do resumo por abordar comunicação no ambiente hospitalar sem relevância para enfermagem, e depois da leitura dos textos completos 08 artigos foram excluídos da amostra, todos por não haverem relevância para a pesquisa conforme os critérios de inclusão.

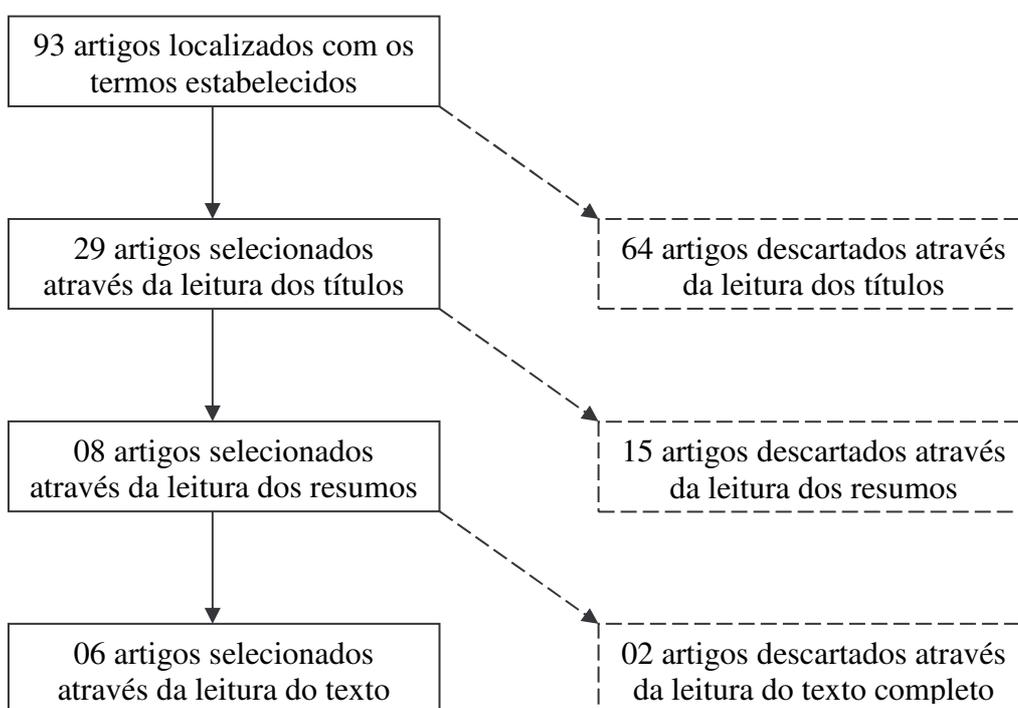


FIGURA 1: Artigos selecionados através da base de dados *MEDLINE*

A figura 2 apresenta um esquema de como se deu a seleção dos artigos localizados pela base de dados LILACS. Dos 44 artigos selecionados a partir da leitura dos títulos, agrupando-se os selecionados com os descritores *nursing and safety patient, communication and adverses events, security assistance and patient,*

devido a outras combinações não gerarem nenhum resultado, 03 já estavam selecionados pela busca na base de dados SCIELO, e os demais foram descartados conforme os critérios de inclusão e exclusão desse estudo. .

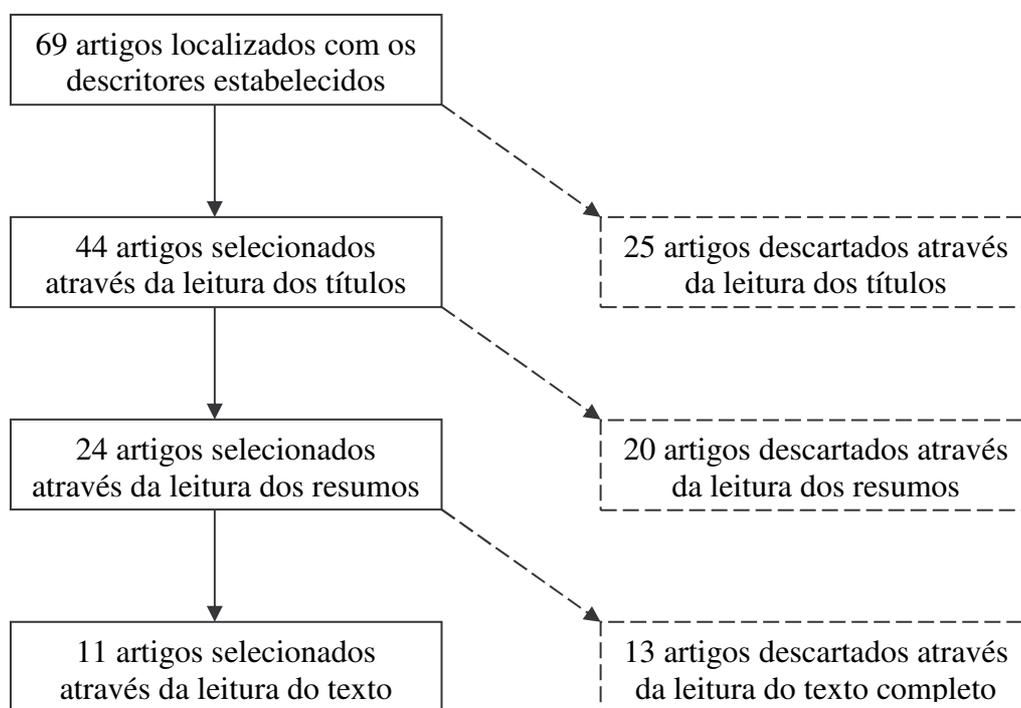


Figura 2: Artigos selecionados através da base de dados LILACS.

A figura 3 apresenta um esquema de como se deu a seleção dos artigos em português localizados pela base de dados SCIELO. Após a leitura dos textos completos, 07 artigos foram excluídos da amostra, devido não haver relevância para o referente estudo. Para essa seleção foram utilizados os descritores *communication AND nursing*, pois com outras combinações não se obteve resultados.

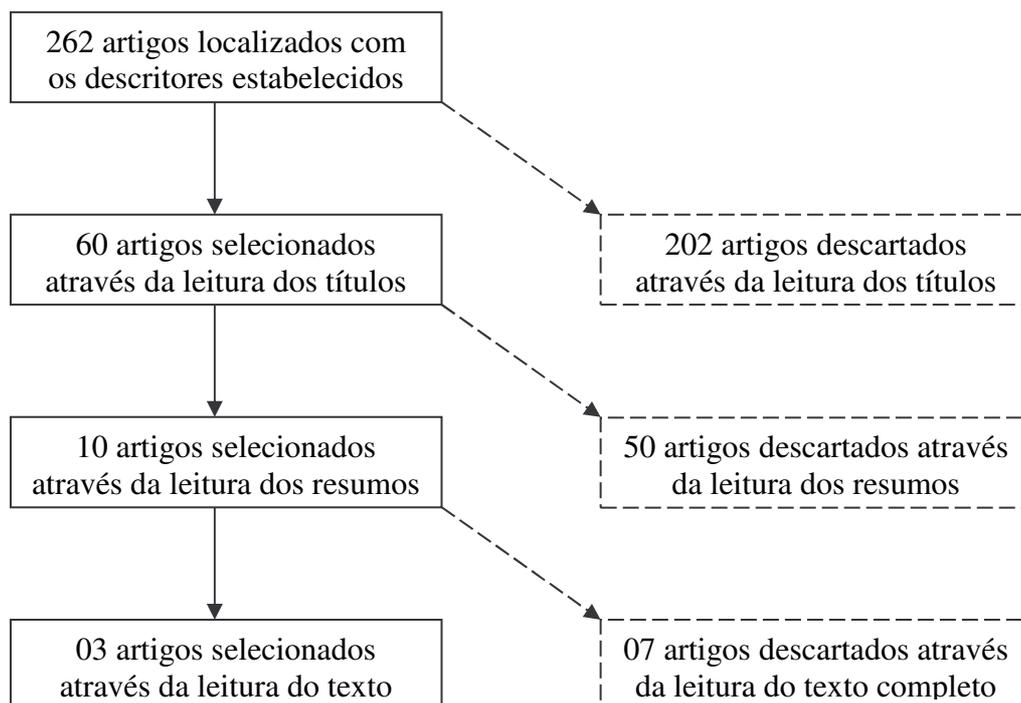


Figura 3: Artigos selecionados através da base de dados Scielo.

O total da amostra foi de 20 artigos, sendo 06 selecionados através da base de dados *MEDLINE*, 11 através da *LILACS* e 03 do *SCIELO*.

6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a análise e interpretação das informações extraídas dos artigos, tendo em vista as questões norteadoras desse estudo, através de tabelas e quadros que auxiliaram na pesquisa.

Como se pode observar na Tabela abaixo, predominam os estudos publicados nos últimos 03 anos, totalizando 12 estudos, representando 60% da amostra. Sendo que não foi encontrada nenhuma publicação entre os anos 2000 e 2005 e 08 (40%) artigos de 2006 a 2008. Com isso, observa-se que apesar de mais de uma década de reflexões sobre segurança do paciente, ainda são recentes as discussões sobre essa temática.

Tabela – Freqüência e porcentagem dos artigos segundo período de publicação.

Período	Frequência	%
2000-2005	0	0
2006-2008	8	40
2009-2012	12	60
Total	20	100

Fonte: SANTOS, Natália Peixoto, **A importância do processo de comunicação assistencial na segurança do paciente**: uma revisão integrativa da literatura, 2012.

A segurança do paciente dentro de uma instituição hospitalar depende de vários fatores, conforme se desvela nos artigos que compuseram essa amostra. Os mesmos trazem semelhanças nas abordagens dos seus conteúdos, apresentando de maneira geral a descrição de processos onde a comunicação entre as equipes se adequou e evidenciou-se uma diminuição nos eventos adversos das Instituições em estudo. Com isso, apresenta-se o Quadro 1, buscando-se comparar o cerne de cada um desses artigos analisados e interpretados de acordo com seu conteúdo.

Autores	Ano periódico	Objetivos
BECKETT, C.D.; KIPNIS, G.	2009	Descrição da implementação da ferramenta SBAR em hospitais do Arizona
BOHOMOL, E.; RAMOS, L.H.	2006	Verificar junto à equipe de enfermagem o seu entendimento do que é um erro de medicação
CANTILLO, E.V.	2007	Prevenir eventos adversos e garantir cuidado seguro ao paciente
CASSIANI, S.H.B.	2010	Ações importantes para segurança do paciente
CORBELLINI, V.L. <i>et al</i>	2010	Conhecer a percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem sobre eventos adversos relacionados a medicamentos
CORDOBA, A.I.G; ESPINOSA, A.F.	2006	Recomendações para garantir a segurança do paciente
FASSETT, W.E.	2011	Desenvolver cursos em segurança do paciente
FREITAS, D.F.; ODA, J.Y.	2008	Identificar o conhecimento dos profissionais da equipe de Enfermagem
ILAN, R. <i>et al</i>	2012	Descrever a comunicação entre médicos intensivistas e comparar com os métodos utilizados atualmente nesse centro de saúde
MIASSO, A. I. <i>et. al</i>	2006	Identificar problemas que podem contribuir para a ocorrência de erros de medicação
MILLER, K.; RILEY, W.; DAVIS, S.	2009	Medir marcadores de comportamento na enfermagem durante eventos críticos
NASCIMENTO, C.C.P. <i>et al</i>	2008	Caracterizar eventos adversos e identificar as intervenções dos enfermeiros
PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R; BERTI. H. W.	2010	Analisar a utilização do instrumento de comunicação e avaliar como foi usado
QUES, A.A.M.; MONTORO, C.H.; GONZÁLEZ, M.A.	2010	Identificar barreiras e oportunidades que os profissionais de enfermagem detectam na prática para desenvolvimento da cultura de segurança
ROMAN, C.A.L.	2006	Responsabilidade profissional e a segurança do paciente
SANTOS, J.L.G. <i>et. al</i>	2011	Analisar as concepções dos enfermeiros gerentes sobre a comunicação na gerência hospitalar
SILVA, A.E.B.C. <i>et al</i>	2007	Identificar e analisar pontos frágeis da comunicação existentes nos processos de medicação
SOL, A.A.; VÁZQUEZ, R.F.	2011	Valorizar a influencia da enfermagem na segurança do paciente
TELEM, D.A.	2011	Implementação da ferramenta SBAR em uma Instituição de saúde
VELJI, K. <i>et al</i>	2010	Implementar SBAR em um centro de reabilitação

Quadro 1 – Síntese dos artigos científicos quanto aos autores, ano de publicação e objetivos do estudo.

A análise dos 20 artigos que fizeram parte dessa Revisão Integrativa possibilitou agrupá-los em três categorias, conforme a análise de seus conteúdos. As categorias foram: A prevenção de eventos adversos; A barreira da comunicação entre as equipes; Ferramentas para se desenvolver uma cultura de segurança.

6.1 A prevenção de eventos adversos

Na amostra obtida nessa Revisão Integrativa, oito artigos trouxeram como objetivo de estudo a descrição de eventos adversos, como erros de medicação, de comunicação ou de algum processo que gera danos ao paciente, aos familiares e até mesmo as equipes de profissionais.

Define-se eventos adversos como injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Os erros podem trazer danos e prejuízos diversos a um paciente, desde o aumento do tempo de permanência em uma instituição hospitalar, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e trazer, até mesmo, conseqüências trágicas, como a morte (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Falhas simples no sistema combinadas com a omissão de uma comunicação interdisciplinar clara são capazes de prejudicar o cuidado ao paciente, causando danos, muitas vezes, irreversíveis (MILLER; RILEY; DAVIS, 2009).

Segundo Bohomol e Ramos (2007), eventos adversos tem sido objeto de preocupação dos gestores da saúde, e os erros de medicação, definidos como qualquer erro no processo de prescrição, dispensação ou administração de uma medicação vêm chamando especial atenção, pois são os que mais freqüentemente ocorrem em hospitais, trazem danos ao paciente, contribuem para depreciação profissional e podem, também, aumentar os custos das internações hospitalares.

A administração de medicamentos pela equipe de enfermagem constitui uma prática corriqueira nas instituições hospitalares, sendo considerada uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade desempenhadas por esses profissionais (FREITAS; ODA, 2008).

A terapia medicamentosa depende de ações humanas e os erros fazem parte dessa natureza. Contudo, se houver um sistema de medicação bem estruturado, provavelmente diminuirá a incidência de erros de medicação, através de planejamento de metas, implementação de normas, ações, regras, processos esses que serviriam de auxílio aos profissionais envolvidos (FREITAS; ODA, 2008).

A *Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organização não-governamental americana que avalia a qualidade dos serviços de hospitais recomenda que existam ferramentas para medir e monitorar a performance

de uma instituição e propõe a utilização de instrumentos de notificação. Sugere, ainda, que exista uma análise crítica sobre as causas de sua ocorrência e implantação de medidas de qualidade (JCAHO, 1998). Diante desse panorama, observa-se, no entanto, que o medo e o receio estão presentes quando se aborda uma situação de erro culminando em sub-notificações ou a não notificações dos profissionais, fator preocupante para o gerenciamento de eventos adversos à medicação (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Um dos problemas enfrentados, devido à ocorrência de erros, é a ênfase dada à punição e não à educação, o que leva à sub-notificação e facilita a repetição do erro (CORBELLINI *et al*, 2010).

Em seu estudo, Bohomol e Ramos (2007) evidenciaram que, apenas, 25% dos erros que acontecem dentro de um hospital são formalizados com relatórios ou notificações de ocorrências, identificando o medo de represálias e exposição a julgamentos.

Nascimento *et al* (2008) em seu estudo, abordam que indicadores de resultados como os eventos adversos são ferramentas fundamentais da qualidade por apontarem aspectos do cuidado que podem ser melhorados tornando a assistência aos pacientes livre de riscos e falhas e, portanto, mais segura.

Em seu estudo Freitas e Oda (2008) relataram que os profissionais de saúde, devido à sua formação, não estão preparados para lidar com os erros, pois esses são associados a vergonha, medo ou punições.

Existem três estratégias para minimizar erros no preparo e na administração da medicação: melhora na comunicação, educação contínua dos profissionais e cumprimento de políticas e procedimentos referentes ao preparo e à administração de medicamentos (FREITAS; ODA, 2008).

No mesmo estudo, Freitas e Oda (2008) ressaltam que os supervisores devem usar a ocasião do erro como forma de orientar os funcionários em cada infração cometida e observada. Devem ser realizados orientações e treinamentos adequados de forma periódica e contínua aos enfermeiros, técnicos e auxiliares.

Para a prevenção de eventos adversos, Fasset (2011), orienta que o uso de uma ferramenta que auxilie na comunicação e aprimoramento dos processos de cuidado ao paciente são essenciais para a construção da mudança de hábitos dos profissionais de saúde.

6.2 A barreira da comunicação entre as equipes

Nas últimas décadas a preocupação com a segurança no cuidado prestado ao paciente tem se tornado um dos assuntos prioritários na área da saúde (CASSIANI, 2010).

A comunicação é um processo no qual ocorre a emissão, recepção e compreensão das mensagens, que podem ser verbais (linguagem escrita ou falada) e não-verbais. A comunicação envolve relações interpessoais e, frequentemente, podem ocorrer problemas, dificuldades e restrições, de maneira que a mensagem enviada não é decodificada corretamente (SILVA *et al*, 2007).

Uma falha em um dos processos de assistência ao paciente, inclusive no de comunicação, poderá interferir no conjunto de atividades desenvolvidas, trazendo transtornos tanto à equipe como ao paciente. Nesse contexto uma das exigências para uma assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e segura (SILVA *et al*, 2007).

O cuidado ao paciente depende de equipes multidisciplinares, com isso a comunicação perde sua continuidade e se fragmenta. Neste sentido a enfermagem exerce um papel fundamental devido à posição que ocupa, permitindo obter e compartilhar a informação com o paciente e com distintos profissionais de saúde (CORDOBA; ESPINOSA, 2006).

Na gestão de enfermagem, a comunicação é baseada na interação que os enfermeiros executam entre si e com os membros da equipe multidisciplinar, de forma a realizar as funções no contexto do trabalho de enfermagem, expansivo ao contexto do trabalho no hospital como um todo (SANTOS *et al*, 2011).

Segundo Cordoba e Espinosa (2006), diversos fatores são ressaltados como contribuintes para a existência de falhas na comunicação, como sobrecarga de pacientes, fadiga laboral, medo do castigo, falta de análise sistemática dos erros, a complexidade do trabalho em equipe.

Segundo a *Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), falhas na comunicação foram consideradas a causa de mais de 60% dos

2.966 eventos sentinela ocorridos entre os anos 1995 e 2004 nos Estados Unidos da América (JCAHO, 2005).

Outro fator preponderante relacionado à comunicação se dá nas abreviaturas utilizadas, pois se sabe que dessa forma a atividade demanda menos tempo do executor, porém quando mal empregadas podem causar equívocos de leitura ou de interpretação, porque uma abreviatura pode ter mais de um significado, além de aumentar o trabalho daqueles que tentam compreendê-la (SILVA *et al*, 2007).

O hábito de chamar o paciente pelo nome completo não substitui a necessidade de assegurar a identificação do mesmo através da pulseira de identificação. Em consonância, os problemas de comunicação acarretam transtornos nas atividades da equipe multidisciplinar, a ponto dos profissionais se culparem uns aos outros pelas falhas, fatos que ocasionam desgastes emocionais, e ainda geram gastos desnecessários às Instituições hospitalares (SILVA *et al* 2007).

Sol e Vázquez (2011) transcorrem em seu estudo a importância que existe em profissionais enfermeiros estarem qualificados como integradores e disseminadores da informação nos centros de saúde, iniciando essa mudança já no ensino de graduação de enfermagem, com a formação de profissionais que saibam a importância de práticas seguras e responsáveis de comunicação para a assistência ao paciente.

Intervenções seguras que derivam de uma nova cultura de segurança, tem a capacidade de fazer um impacto positivo sobre a mortalidade, morbidade, incapacidade e complicações nos usuários do sistema de saúde (ROMAN, 2006).

No entanto, Cantillo (2007) em seu estudo acredita que para alcançar a segurança do paciente seja necessário um melhoramento no sistema de prestação de serviços nos hospitais, reconfigurando estruturas e reajustando incentivos a fim de refletir no atendimento mais qualificado ao paciente.

6.3 Ferramentas para se desenvolver uma cultura de segurança

A literatura mostra que os profissionais possuem estilos diferentes de se comunicarem de acordo com as suas formações acadêmicas. Enfermeiros são muito detalhistas em suas observações, já os médicos expressam somente o fato específico em relação ao paciente. Desconexão nos estilos de comunicação pode gerar erros no cuidado ao paciente, como, por exemplo, inconsistência no plano de cuidados, erros de mediação, entre outros (BECKETT; KIPNIS, 2009).

Uma intervenção educacional que promove estratégias e estilos de comunicação padronizados tem um efeito positivo no meio de trabalho, resultando em uma comunicação adequada entre as equipes de trabalho, satisfação e segurança do paciente (BECKETT; KIPNIS, 2009).

Em seu estudo, Beckett e Kipnis (2009), avaliaram o uso da ferramenta *SBAR* em uma Instituição no estado do Arizona, nos Estados Unidos da América, onde observaram as diferenças na comunicação pré e pós intervenção com o uso do questionário. Observou-se uma resistência médica em iniciar o uso do recurso, mas ao final do estudo médicos e enfermeiros observaram diante dos dados de melhoria na assistência ao paciente, diminuição de eventos adversos, a importância da continuidade do uso da ferramenta do ambiente de trabalho, para o desenvolvimento de uma cultura de segurança ao paciente.

Ilan *et al* (2012) observaram em seu estudo a necessidade de desenvolver práticas de comunicação mais eficaz para o aumento de segurança do paciente, com isso fizeram a inserção, também, da ferramenta de auxílio *SBAR*, em uma Unidade de Terapia Intensiva, em um estudo realizado com a equipe médica. De acordo com os resultados da pesquisa, evidenciou-se a passagem de plantão mais organizada, clara e objetiva quando se seguiram todos os passos do *SBAR*. Com isso, mostrou-se um atendimento mais rápido ao paciente em situações de urgência, devido às informações terem sido disseminadas para a equipe de maneira uniforme na passagem de plantão.

Uma comunicação pobre e falhas no processo de passagem de plantão foram identificadas em um hospital dos Estados Unidos da América. Com isso, Telem *et al* (2011) com seu estudo, inseriu na realidade dessa Instituição de saúde o uso de *SBAR* como auxílio na comunicação entre as equipes. Observou-se 30 dias antes e 30 dias após o início do uso da ferramenta e constatou-se uma diminuição de 2.3% em eventos sentinela, de 14.5% para 12.2%.

Velji *et al* (2010) em seu estudo, também inseriu a ferramenta SBAR em um hospital de Toronto, no Canadá, a fim de melhorar a comunicação entre as equipes de trabalho e com isso observar se aconteceria a diminuição de eventos adversos. Conforme relatado houve melhora significativa na qualidade assistencial ao paciente, com redução das taxas de eventos adversos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou ampliar os conhecimentos a cerca de segurança do paciente, e dentro desse contexto a importância da comunicação entre as equipes apresentar-se de maneira eficaz e adequada, a fim de construir-se uma cultura de segurança eficiente dentro das Instituições de saúde.

A gama de riscos que se encontra exposta à atividade profissional na área da saúde é tão ampla e variada, que podemos compará-las aos mesmos riscos do percurso de nossa vida, portanto é justamente pelo tipo de atividade que desenvolvemos que os riscos dependem em uma porcentagem elevada das condutas e procedimentos de todos integrantes da equipe de saúde (FELDMAN, 2004).

Com isso a busca incessante pela melhoria da qualidade dos serviços prestados é o caminho para as instituições que lutam pela permanência no mercado competitivo e que prezam pelo atendimento de excelência (MANZO, 2009).

Pode-se observar com esse estudo que prevenir o dano é sempre melhor e mais barato para as unidades de saúde e para os doentes do que, por exemplo, uma ação na justiça; uma moderna gestão do risco em unidades de saúde deve concentrar-se numa ativa política de prevenção e de segurança.

Deve existir uma responsabilização cada vez maior da organização na área da prevenção de eventos adversos, através de um reforço dos deveres de velar pela segurança do paciente, controlar a qualidade dos cuidados e assistência prestados, educar os profissionais de saúde para notificarem os erros, cultura de não represália aos envolvidos em eventos adversos e sim de educação, mostrando que os relatórios de erros servem para melhorar e corrigir as falhas.

Ao concluir esta revisão integrativa, percebe-se a necessidade de realização de estudos referentes a este assunto devido à complexidade do tema e das diversas variáveis relacionadas a ele, pois a temática ainda é recente na realidade das Instituições Hospitalares.

Observa-se com esse estudo a falta de publicações que considere a comunicação como ferramenta de trabalho a ser melhorada entre as equipes de saúde, mostrando a necessidade de um novo paradigma na cultura de segurança dentro do ambiente hospitalar em prol do cuidado ao paciente.

Segundo Quês, Montoro e González (2010) trabalhar em segurança constituirá uma mudança radical em relação aos pacientes, será um novo modelo,

onde se tenha em conta as preferências dos pacientes e melhor conhecimento e reconhecimento daqueles que são os responsáveis pela segurança do paciente.

Com isso, tem-se o enfermeiro como figura importante para a chave da mudança da realidade dos hospitais, pois são os profissionais que atuam na “linha de frente” do atendimento ao paciente, são os profissionais que assistem 24 horas ao cliente. É o profissional que desempenha papel primordial da assistência, mas, deve, também, fundamentalmente, exercer o seu papel educacional perante a sua equipe de trabalho e demais profissionais do atendimento multidisciplinar, pois entendo que é através da ação educativa que o meio exerce influências sobre os indivíduos, e eles, ao assimilarem e recriarem estas influências tornam-se capazes de estabelecer uma relação ativa e transformadora na cultura de segurança dentro do ambiente hospitalar.

Desta forma, o enfermeiro afirma seu compromisso assistencial e educativo em relação a suas *práxis* profissional.

REFERÊNCIAS

ANACLETO *et al.* **Farmacovigilância hospitalar**: como implantar. *Farmácia Hospitalar*, jan-fev., p.1-24, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Soluções para a Segurança do Paciente. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente – PROQUALIS. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L9610.htm>. Acesso em: 26 set 2011.

CARNEIRO, A. V. O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Portugal. v.10, p.3-10, 2010.

FACHE, J. C. *et al.* **Innovation Series**: Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events. Institute for Healthcare Improvement. v. 1, p.36-47, 2010.

FARIA, P. L. Perspectivas do Direito da Saúde em Segurança do Doente com base na experiência norte-americana. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Portugal. v.10, p.81-88, 2010.

FELDMAN, L. B. O enfermeiro analista de risco institucional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.6, p.742-745, 2004.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.2, p.213-219, 2005.

Joint Commission International. Center for Patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions. Disponível em: <<http://www.jcipientientsafety.org>>. Acesso em: 12 out. 2011.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **Quality and Safety Health Care**, v.13, n.1, p.85-90, 2004.

MANZO, B. F. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. 98p. Tese (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação. Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, MG, 2009.

Organização Nacional de Acreditação. Histórico. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 27 out. 2011.

SANTOS, M. C. *et al.* Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Portugal, v.10, p.47-57, 2010.

SOUSA, P.; UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F. Investigação e inovação em segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Portugal. v.10, p.89-95, 2010.

UVA, A. S.; SOUSA, P.; SERRANHEIRA, F. A Segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Portugal. v.10, p.1-2, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. **The integrative review: updated methodology**. Journal of Advanced Nursing, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

World Health Organization. Preâmbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Mayo, 2007.

World Health Organization. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. 2008.

SCHNEIDER, P.J.; GIFT, M. **Measuring and monitoring the performance of the medication use system**. In: Cousins DD. Medication Use: A Systems approach to reducing errors. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, p.19-37, 1998.

BECKETT, C.D.; KIPNIS, G. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. **Journal for Healthcare Quality**, v.31, n.5, p.19-28, 2009.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L.H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v.60, n.16, p.32-36, 2006.

CANTILLO, E.V. The patient's safety. A commitment for a high quality care. **Revista Salud Uninorte**. v. 23, n.1, p.112-119, 2007.

CASSIANI, S.H.B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo., v.23, n.6, p. 10-13, 2010.

CORBELLINI, V.L. *et al.* Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v.64, n.2, p.241-247, 2011.

CORDOBA, A.I.G; ESPINOSA, A.F. Ethical dilemmas facing the patient's safety. Care means ponder. **Revista Aquichan**, Colômbia. v.6, n.1, p.54-67, 2006.

FASSETT, W.E. Key Performance Outcomes of Patient Safety Curricula: Root Cause Analysis, Failure Mode and Effects Analysis, and Structured Communications Skills. **American Journal of Pharmaceutical Education**. v.65, n.8, p.1-6, 2011.

FREITAS, D.F.; ODA, J.Y. Avaliação dos fatores de risco relacionados às falhas durante a administração de medicamentos. **Arq. Ciências da Saúde Unipar**, Umuarama. v. 12, n.3, p.231-237, 2008.

ILAN, R. *et al.* Handover patterns: an observational study of critical care physicians. **BioMed Central Health Services Research**, v. 12, n.16, p.1-10, 2012.

MIASSO, A. I. *et al.* O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.14, n.3, p.354-363, 2006.

MILLER, K.; RILEY, W.; DAVIS, S. Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. **Journal of Nursing Management**, v.17, p.247-255, 2009.

NASCIMENTO, C.C.P. *et al.* Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.16, n.4, 2008.

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R; BERTI. H. W. Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo. v.44, n.2, p.287-294, 2010.

QUES, A.A.M.; MONTORO, C.H.; GONZÁLEZ, M.A. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n.3, p.42-49, 2010.

ROMAN, C.A.L. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. **Revista Cubana de Enfermagem**, Cuba. v.22, n.3, p.1-7, 2006.

Santos, J.L.G. *et al.* Communication conceptions in Hospital Nursing Management between head nurses in a University Hospital. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo. v.45, n.4, p.953-959, 2011.

Silva, A.E.B.C. *et al.* Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo. v.20, n.3, p.272-276, 2007.

SOL, A.A.; VÁZQUEZ, R.F. Influence of the professional personality development during the Nursing career in the patient safety. **Revista Cubana de Enfermagem**, Cuba. v.27, n.1, p.8-15, 2011.

TELEM, D.A. Integration of a Formalized Handoff System Into the Surgical Curriculum. **Arch. Surg.** v.146,n.1, p.89-93, 2011.

VELJI, K. *et al.* Using SBAR to communicate falls risk and management in interprofessional rehabilitation teams. **Canadian Patient Safety Institute.** 54p. 2010.

A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO ASSISTENCIAL NA SEGURANÇA DO PACIENTE: uma revisão integrativa da literatura

Natália Peixoto dos Santos

Elenara Ribas

Resumo

As questões da segurança do paciente e da gestão de risco começam a ser uma área de atividade crescente a nível mundial para gestores de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais que trabalham no setor dos cuidados de saúde (FARIA, 2010). A visão sistêmica dos erros considera que os homens são falíveis e que todas as organizações, incluindo aquelas de excelência em segurança, irão conviver com certa taxa de erros (ANACLETO *et al*, 2010). Com isso, desenvolveu-se esse estudo, uma revisão integrativa da literatura. Palavras-chave: “Situation – Background – Assessment - Recommendation (SBAR)”, “Security Assistance”, “Communication”, “Risk Management”, “Adverse Events”, “*Patient*” AND “*Nursing*”.

Introdução

O gerenciamento, administração ou gestão de riscos é um processo implantado nas organizações no âmbito geral. Na saúde, de forma sistemática, é utilizado com a finalidade de detectar, precocemente, situações que podem gerar consequências às pessoas, à organização e ao meio ambiente (FELDMAN, 2004).

O objetivo essencial é a medida preventiva, a percepção por parte dos profissionais de saúde do que “está estranho, inadequado ou errado”, para que providências imediatas sejam tomadas, minimizando danos e prejuízos, que muitas vezes são imensuráveis (FELDMAN, 2004).

A visão sistêmica dos erros considera que os homens são falíveis e que todas as organizações, incluindo aquelas de excelência em segurança, irão conviver com certa taxa de erros (ANACLETO *et al*, 2010).

Esta abordagem destaca que os erros são conseqüências e não causas, dando assim grande importância à segurança dos sistemas. Quando ocorre um erro

procura-se conhecer e estudar as causas em todos os seus detalhes e não apenas saber quem foi e aplicar punições (ANACLETO *et al*, 2010).

Para Faria (2010, p.83) a ideia de que a construção de uma verdadeira “cultura de segurança” não depende apenas da existência de um quadro legal adequado, mas de um esforço de natureza multidisciplinar e da criação de um ambiente de “não culpabilização” dos profissionais de saúde, pois o risco é inerente ao setor de cuidados de saúde, subsistindo mesmo perante um pleno cumprimento das normas de segurança.

Faria (2010, p.84) ressalta que uma verdadeira cultura de segurança não depende só das normas setoriais que possam vir a ser aprovadas, mas de todo um ambiente envolvente que passa obrigatoriamente por uma justiça não condenatória dos profissionais que hoje prestam cuidados de saúde ou gerenciam unidades de saúde. A área da saúde é um setor onde o risco é inerente, mesmo existindo um cumprimento rigoroso das normas de segurança nas Instituições de saúde.

Observa-se que todo esforço de melhoria de uma organização deve começar por meio do enfoque dos profissionais no que tange à educação, desenvolvimento de habilidades, formação de consciência responsável, treinamentos para o trabalho em equipe e criação da visão ética do trabalho (MANZO, 2009).

O Programa da Organização Mundial da Saúde, PROQUALIS, pelo Centro Colaborador para Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (2009) fornece orientações e estratégias para prevenir e reduzir o risco de danos ao paciente e aponta como fundamental promover a comunicação adequada na assistência ao paciente. Esse programa salienta que a complexidade envolvida no cuidado ao paciente, seja pela incorporação tecnológica, ou pelas características e gravidade do quadro clínico dos pacientes, requer não só uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, mas também uma participação efetiva dos próprios pacientes e seus familiares. Dessa forma, a adequada comunicação torna-se fundamental para evitar problemas que podem resultar em sérios danos, por causarem descontinuidade no cuidado e até tratamento inadequado.

Segundo Santos *et al* (2010) problemas de comunicação entre os profissionais de saúde têm sido associados, em vários estudos, à diminuição de qualidade de cuidados e a danos potenciais para os pacientes que poderiam ser evitados. Também, é evidenciado que uma comunicação ineficaz entre equipes de saúde torna-se a principal causa de eventos adversos dentro dos hospitais.

Concomitante com essa ideia, para Leonard, Graham e Bonacum (2004) uma comunicação eficaz entre a equipe de trabalho é essencial para o desempenho de um trabalho de alta qualidade, com cuidado seguro ao paciente.

Desta forma, este estudo representa o fechamento de uma importante etapa da continuidade na minha formação profissional como enfermeira. Acredito que proporcionar subsídios sobre este tema permitirá um aprimoramento do cuidado ao paciente, evidenciando a importância de uma comunicação adequada entre as equipes e mostrando que esses conceitos alteram a realidade de segurança ao paciente.

Objetivo

Realizar um estudo sobre o quão efetivo torna-se a assistência ao paciente quando se possui uma comunicação eficaz entre os membros da equipe.

Material e Método

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa. Revisão integrativa é o tipo mais amplo de pesquisa de revisão, pois permite a inclusão simultânea de pesquisas experimentais e não-experimentais, combina dados de literatura empírica e teórica e incorpora uma grande gama de propósitos: definir conceitos, revisar teorias, revisar evidências e analisar questões metodológicas de um tema específico (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Todos os artigos encontrados na busca foram analisados e selecionados quanto ao conteúdo do título para, então, serem selecionados através da leitura dos resumos. Após preencherem os critérios de inclusão, os artigos serão avaliados na íntegra pela pesquisadora para a sua inclusão.

Resultados

Com a busca realizada no *Medline*, 29 artigos foram selecionados após a leitura dos títulos e, 15 foram descartados após a leitura do resumo por abordar comunicação no ambiente hospitalar sem relevância para enfermagem, e depois da leitura dos textos completos 08 artigos foram excluídos da amostra, todos por não

haverem relevância para a pesquisa conforme os critérios de inclusão.

Dos 44 artigos selecionados a partir da leitura dos títulos na *LILACS*, agrupando-se os selecionados com os descritores *nursing and safety patient, communication and adverses events, security assistance and patient*, devido a outras combinações não gerarem nenhum resultado, 03 já estavam selecionados pela busca na base de dados SCIELO, e os demais foram descartados conforme os critérios de inclusão e exclusão desse estudo.

Discussão

Predominaram os estudos publicados nos últimos 03 anos, totalizando 12 estudos, representando 60% da amostra. Sendo que não foi encontrada nenhuma publicação entre os anos 2000 e 2005 e 08 (40%) artigos de 2006 a 2008. Com isso, observa-se que apesar de mais de uma década de reflexões sobre segurança do paciente, ainda são recentes as discussões sobre essa temática.

A segurança do paciente dentro de uma instituição hospitalar depende de vários fatores, conforme se desvela nos artigos que compuseram essa amostra. Os mesmos trazem semelhanças nas abordagens dos seus conteúdos, apresentando de maneira geral a descrição de processos onde a comunicação entre as equipes se adequou e evidenciou-se uma diminuição nos eventos adversos das Instituições em estudo.

A literatura mostra que os profissionais possuem estilos diferentes de se comunicarem de acordo com as suas formações acadêmicas. Enfermeiros são muito detalhistas em suas observações, já os médicos expressam somente o fato específico em relação ao paciente. Desconexão nos estilos de comunicação pode gerar erros no cuidado ao paciente, como, por exemplo, inconsistência no plano de cuidados, erros de mediação, entre outros (BECKETT; KIPNIS, 2009).

Define-se eventos adversos como injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Os erros podem trazer danos e prejuízos diversos a um paciente, desde o aumento do tempo de permanência em uma instituição hospitalar, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e trazer, até mesmo, conseqüências trágicas, como a morte (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Ilan *et al* (2012) observaram em seu estudo a necessidade de desenvolver práticas de comunicação mais eficaz para o aumento de segurança do paciente, com isso fizeram a inserção, também, da ferramenta de auxílio *SBAR*, em uma Unidade de Terapia Intensiva, em um estudo realizado com a equipe médica. De acordo com os resultados da pesquisa, evidenciou-se a passagem de plantão mais organizada, clara e objetiva quando se seguiram todos os passos do *SBAR*. Com isso, mostrou-se um atendimento mais rápido ao paciente em situações de urgência, devido às informações terem sido disseminadas para a equipe de maneira uniforme na passagem de plantão.

Uma comunicação pobre e falhas no processo de passagem de plantão foram identificadas em um hospital dos Estados Unidos da América. Com isso, Telem *et al* (2011) com seu estudo, inseriu na realidade dessa Instituição de saúde o uso de *SBAR* como auxílio na comunicação entre as equipes. Observou-se 30 dias antes e 30 dias após o início do uso da ferramenta e constatou-se uma diminuição de 2.3% em eventos sentinela, de 14.5% para 12.2%.

Considerações finais

Este estudo objetivou ampliar os conhecimentos a cerca de segurança do paciente, e dentro desse contexto a importância da comunicação entre as equipes apresentar-se de maneira eficaz e adequada, a fim de construir-se uma cultura de segurança eficiente dentro das Instituições de saúde.

A gama de riscos que se encontra exposta à atividade profissional na área da saúde é tão ampla e variada, que podemos compará-las aos mesmos riscos do percurso de nossa vida, portanto é justamente pelo tipo de atividade que desenvolvemos que os riscos dependem em uma porcentagem elevada das condutas e procedimentos de todos integrantes da equipe de saúde (FELDMAN, 2004).

Ao concluir esta revisão integrativa, percebe-se a necessidade de realização de estudos referentes a este assunto devido à complexidade do tema e das diversas

variáveis relacionadas a ele, pois a temática ainda é recente na realidade das Instituições Hospitalares.

Observa-se com esse estudo a falta de publicações que considere a comunicação como ferramenta de trabalho a ser melhorada entre as equipes de saúde, mostrando a necessidade de um novo paradigma na cultura de segurança dentro do ambiente hospitalar em prol do cuidado ao paciente.

Segundo Quês, Montoro e González (2010) trabalhar em segurança constituirá uma mudança radical em relação aos pacientes, será um novo modelo, onde se tenha em conta as preferências dos pacientes e melhor conhecimento e reconhecimento daqueles que são os responsáveis pela segurança do paciente.

Com isso, tem-se o enfermeiro como figura importante para a chave da mudança da realidade dos hospitais, pois são os profissionais que atuam na “linha de frente” do atendimento ao paciente, são os profissionais que assistem 24 horas ao cliente. É o profissional que desempenha papel primordial da assistência, mas, deve, também, fundamentalmente, exercer o seu papel educacional perante a sua equipe de trabalho e demais profissionais do atendimento multidisciplinar, pois entendo que é através da ação educativa que o meio exerce influências sobre os indivíduos, e eles, ao assimilarem e recriarem estas influências tornam-se capazes de estabelecer uma relação ativa e transformadora na cultura de segurança dentro do ambiente hospitalar.

Desta forma, o enfermeiro afirma seu compromisso assistencial e educativo em relação a suas *práxis* profissional.

