

Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem

Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals

Elena Bohomol¹

Juliana de Abreu Tartali²

Descritores

Enfermagem de centro cirúrgico; Educação em enfermagem; Avaliação em enfermagem; Segurança do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde

Keywords

Operating room nursing; Education, nursing; Nursing assessment; Patient safety; Quality of health care; Health knowledge, attitudes, practice

Submetido

16 de Julho de 2013

Aceito

8 de Outubro de 2013

Autor correspondente

Elena Bohomol

Rua Napoleão de Barros, 754, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 04024-002
ebohomol@unifesp.br

Resumo

Objetivo: Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre eventos adversos em pacientes em centro cirúrgico, apontar possíveis causas, identificar de quem é a responsabilidade pelos mesmos e necessidade de notificação

Métodos: Pesquisa descritiva realizada por meio de questionário com dez afirmativas sobre causas para a ocorrência de eventos adversos e quatro cenários, conduzida com 31 profissionais de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital privado.

Resultados: As causas mais frequentes foram a rotina na programação de procedimentos eletivos e comunicação ineficaz entre a equipe de enfermagem e médica. Todos os cenários foram identificados como eventos adversos e com necessidade de notificação. A segurança do paciente não é vista como responsabilidade de toda a equipe multiprofissional.

Conclusão: A enfermagem deve defender os interesses dos pacientes, conhecer os riscos inerentes ao processo cirúrgico e alertar os integrantes da equipe sobre os possíveis problemas que possam ocorrer.

Abstract

Objective: Verify the knowledge of the nursing team about adverse effects in patients at the surgical center, point out possible causes, identify whose is the responsibility for these causes and verify the need of notification.

Methods: Descriptive research performed by questionnaire with ten statements about causes for the occurrence of adverse effects and four settings, carried out with 31 nursing professionals from the surgical center of a private hospital.

Results: The most frequent causes have been routine in programming elective procedures and inefficient communication between medical and nursing teams. All settings have been identified as adverse events with a necessity to be notified. The patient's safety is not seen as a responsibility of the entire professional team.

Conclusion: Nurses must defend the patient's interests, know the risks inherent to the surgical process and warn team members about possible problems that may come up.

¹Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Hospital São José, Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: Bohomol E é editora associada à Acta Paulista de Enfermagem e não participou no processo de avaliação do manuscrito.

Introdução

A segurança do paciente é a ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente, associada aos cuidados de saúde. Os eventos adversos são incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, dano este que pode ser físico, social e psicológico, incluindo lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.⁽¹⁾ Os eventos adversos associados aos procedimentos cirúrgicos merecem atenção especial, pois o centro cirúrgico é o local em que eles ocorrem com maior frequência dentro de um hospital e que podem ser evitados em cerca de 43%.^(2,3)

Esses eventos são exemplificados por infecções do sítio cirúrgico, realização de procedimentos em lado errado do corpo, posicionamento cirúrgico inadequado, problemas no ato anestésico, administração incorreta de medicamentos. Eles aumentam o tempo de permanência no hospital e o risco de óbito, além de elevar o custo da internação.⁽³⁻⁵⁾

Estima-se que sejam realizadas no mundo cerca de 240 milhões de cirurgias ao ano e que haverá um aumento da incidência de enfermidades cirúrgicas na próxima década, representadas por doenças cardiovasculares, traumas e câncer, associadas à maior expectativa de vida da população. Pressupõe-se, também, que haja em torno de 3 a 16% de complicações cirúrgicas, resultando em 7 milhões de situações incapacitantes e com índices de mortalidade entre 0,4 a 0,8%.⁽⁶⁾

A Organização Mundial da Saúde, devido à gravidade e à dimensão do problema, orienta padrões que devem ser aplicados nas instituições de saúde para melhorar a segurança do cuidado cirúrgico. Recomenda-se a adoção de uma lista de verificação (*checklist*) em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cutânea e antes da saída do paciente da sala de cirurgia.⁽⁶⁾

O sucesso do tratamento cirúrgico depende da assistência prestada de maneira integral e individualizada, específica em todos os momentos do período perioperatório, a qual inclui as etapas de pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, afim de propiciar ao paciente uma recuperação mais eficaz e rápida, ou seja, uma assistência de qualidade.⁽⁷⁾ A qualidade e a segurança do paciente é de responsabilidade de todos os profissionais, inclusive da equi-

pe de enfermagem, que tem papel fundamental na prevenção da ocorrência de eventos adversos.

O objetivo deste trabalho foi verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre eventos adversos cirúrgicos, apontar as possíveis causas para sua ocorrência, identificar de quem é a responsabilidade e se há necessidade de notificação aos responsáveis pela unidade.

Métodos

Estudo transversal e descritivo, desenvolvido em centro cirúrgico de um hospital privado da cidade de São Paulo (SP), no mês de abril de 2010. Compuseram a amostra os profissionais de enfermagem que atuavam na unidade, constituindo uma equipe de 40 pessoas, sendo 8 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem e 15 auxiliares de enfermagem. Foram excluídos os profissionais em cargo de chefia, uma vez que não tinham atuação direta dentro da sala operatória.

Os dados foram coletados por meio de um roteiro estruturado, elaborado para esse fim e validado por três juízes especialistas na área. O instrumento de pesquisa continha três partes: (1) perguntas para caracterização da equipe; (2) afirmativas que representavam eventuais causas para a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos, para que o nível de concordância fosse pontuado por meio da Escala de Likert; e (3) análise de cenários, com situações da prática assistencial no ambiente cirúrgico, para identificar se elas eram eventos adversos, de quem era a responsabilidade pela situação e se havia necessidade de notificação aos responsáveis pela unidade.

Os dados foram analisados por técnicas de estatística descritiva e apresentados em números absolutos e relativos, sob a forma de tabelas.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram distribuídos 40 questionários e retornaram 31 (77,5%). A amostra foi representada por técni-

cos de enfermagem (67,7%), enfermeiros (22,6%) e auxiliares de enfermagem (9,7%). O maior contingente (58,0%) tinha de 2a 6anos de formação e 6,5% eram recém-formados.

Verifica-se, como causa muito frequente para a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos, a “rotina na programação de procedimentos eletivos” (35,5%), seguida da afirmativa de que “o membro da equipe de enfermagem está sobrecarregado ou é distraído por outros pacientes, colegas de trabalho ou ocorrências na unidade”, a “passagem de plantão é feita de forma desatenta” e a “falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e da equipe médica”, representando 32,2% da opinião dos colaboradores (Tabela 1). No entanto, quando essas situações são somadas à opinião dos que acreditam ser causa frequente, há um aumento no percentual de respostas (67,8%, 45,1%, 54,8% e 58,1%, respectivamente), alertando para o fato de que o ato rotineiro no cotidiano de trabalho dos profissionais em procedimentos eletivos os problemas de comunicação entre os profissionais são fortes razões para os eventos adversos ocorrerem.

Observou-se um número expressivo de respostas em que as razões apresentadas são consideradas como pouco frequentes e sem frequência, que ao serem somadas, são representadas por “não conferência da identificação do paciente com o aviso cirúrgico e quadro cirúrgico” (80,6%); “não conferência dos materiais e equipamentos utilizados no procedimento” (80,7%), “represálias da equipe médica ao alertar

possíveis problemas” (71%), ou “omissão da equipe em virtude da falta de autonomia do líder” (71%).

Todos os cenários descritos foram considerados como eventos adversos (Tabela 2). Assim, 29 (96,7%) pessoas entenderam que a não conferência das compressas em cirurgias abertas se configura como um evento, da mesma forma que 25 (92,6%) responderam positivamente à situação a respeito da não aplicação de medidas preventivas para o tromboembolismo. Verificou-se que 15 (55,6%) profissionais classificaram a não adequação da sala conforme a lateralidade do procedimento cirúrgico como um evento adverso, assim como o descarte de uma peça cirúrgica por 26 (92,9%) profissionais.

Em todos os cenários, foi apontado que a situação deveria ser notificada aos responsáveis da unidade. Entretanto, chama a atenção de fato de que o percentual para a notificação não é equivalente ao que o grupo entende como sendo um evento adverso. Verifica-se que a quase totalidade das pessoas que tenham entendido como evento adverso a não contagem de compressas (7,2%) acredita que tal fato não deva ser notificado. A situação se repete em relação à utilização de medidas preventivas para o tromboembolismo (24,0%) e à readequação da sala conforme a lateralidade do procedimento (44,0%). Apenas no último cenário, relacionado ao não encaminhamento da peça para estudo anatomopatológico, todos os respondentes entenderam que a situação deve ser notificada, embora 7,1% pessoas acreditam não se tratar de um evento adverso.

Tabela 1. Afirmativas quanto às razões para a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos

Afirmativas	Muito frequente n(%)	Causa frequente n(%)	Pouco frequente n(%)	Sem frequência n(%)
A enfermagem não confere a identificação do paciente com o aviso cirúrgico e quadro cirúrgico	4(12,9)	2(6,5)	12(38,7)	13(41,9)
O membro da equipe de enfermagem está sobrecarregado ou é distraído por outros pacientes, colegas de trabalho ou ocorrências na unidade	10(32,2)	4(12,9)	14(45,2)	3(9,70)
Não há marcação do local da cirurgia	8(25,9)	6(19,3)	11(35,5)	6(19,3)
Não há conferência dos materiais e equipamentos cirúrgicos a serem utilizados no procedimento	-	6(19,3)	14(45,2)	11(35,5)
A passagem de plantão é feita de forma desatenta	10(32,2)	7(22,6)	8(25,9)	6(19,3)
Rotina na programação de procedimentos eletivos	11(35,5)	10(32,3)	4(12,9)	6(19,3)
O membro da equipe de enfermagem sofre represálias de algum membro da equipe médica devido a sua conduta em alertar possíveis problemas	6(19,3)	3(9,7)	13(42,0)	9(19,0)
O membro da equipe de enfermagem omite-se em seu ambiente de trabalho, devido à falta de autonomia de seu líder	6(19,3)	3(9,7)	13(42,0)	9(19,0)
Paciente chega à sala operatória munido de exames complementares de outro paciente	2(6,5)	12(38,7)	10(32,2)	7(22,6)
Há falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e equipe médica	10(32,2)	8(25,9)	6(19,3)	7(22,6)

Tabela 2. Cenários sobre eventos adversos cirúrgicos

Cenários	Sim n(%)	Não n(%)
Um procedimento de videolaparoscopia abdominal foi convertido em cirurgia aberta. A contagem de compressas não foi realizada no início do procedimento e ao término não houve conferência das mesmas		
É um evento adverso?	29(96,7)	1(3,3)
Deve ser notificado?	26(92,8)	2(7,2)
A responsabilidade é da equipe		
Médica	11(35,5)	20(64,5)
Enfermagem	17(54,8)	14(45,2)
Multidisciplinar	3(9,7)	28(90,3)
Uma mulher com 68 anos, fumante, foi submetida a uma cirurgia eletiva de grande porte. Não foram colocadas meias antitrombolíticas e nem se fez uso de massagador de membros inferiores, como medidas preventivas de tromboembolismo		
É um evento adverso?	25(92,6)	2(7,4)
Deve ser notificado?	19(76,0)	6(24,0)
A responsabilidade é da equipe		
Médica	11(36,7)	19(63,3)
Enfermagem	12(40,0)	18(60,0)
Multidisciplinar	7(23,3)	23(76,7)
Em um dia cirúrgico, foram agendadas duas artroscopias de joelho. A sala estava montada para a primeira cirurgia, que seria em joelho direito, com os equipamentos posicionados do lado esquerdo. Porém, o paciente que foi chamado em primeiro lugar deveria realizar artroscopia em joelho esquerdo. A equipe médica insistiu em realizar o procedimento, alegando que não havia necessidade de reorganizar a sala		
É um evento adverso?	15(55,6)	12(44,4)
Deve ser notificado?	14(56,0)	11(44,0)
A responsabilidade é da equipe		
Médica	11(45,8)	13(54,2)
Enfermagem	7(29,2)	17(70,8)
Multidisciplinar	6(25,0)	18(75,0)
Um senhor de 78 anos foi submetido a uma colectomia em virtude de um câncer de reto. Ao ser retirada a peça cirúrgica, o circulante de sala perguntou ao instrumentador sobre seu destino, sendo-lhe informado que deveria ser descartada. Três dias depois, o cirurgião solicita o laudo da anatomia patológica dessa peça		
É um evento adverso?	26(92,9)	2(7,1)
Deve ser notificado?	26(100,0)	-
A responsabilidade é da equipe		
Médica	14(50,0)	14(50,0)
Enfermagem	9(32,1)	19(67,9)
Multidisciplinar	5(17,9)	23(82,1)

O cenário referente à adequação da sala para o procedimento de artroscopia evidenciou uma polarização de quase 50% *versus* 50% sobre se é um evento adverso e se o mesmo deve ser notificado.

Quanto à responsabilidade sobre as situações descritas nos cenários, verificou-se que ora recaem sobre a equipe de enfermagem (em dois cenários) ora sobre a equipe médica (dois cenários). Grande parte dos pesquisadores acredita que a colocação de medidas de prevenção para tromboembolismo (40,0%) e a contagem de compressas (54,8%) seja um papel específico da equipe de enfermagem. Por outro lado, a adequação da sala e o encaminhamento de peças para anatomia

patológica são entendidas como atribuição da equipe médica (45,8 e 50,0%, respectivamente).

Os achados da tabela revelaram que, para todos os cenários, um percentual menor de respostas julgou que todos da equipe multidisciplinar seriam responsáveis pelos atos de segurança em um centro cirúrgico.

Discussão

A assistência de enfermagem em centro cirúrgico é realizada por enfermeiros, técnicos e auxiliares -estes dois, sob supervisão do primeiro.⁽⁷⁾ A equipe observa-

da neste estudo foi constituída por profissionais com tempo de formação relativamente pequeno e pouco tempo de trabalho na instituição, o que pode trazer preocupação frente aos aspectos de segurança. Tal fato requer atenção das lideranças para implementação de programas de educação permanente, no sentido de subsidiar o desenvolvimento de competências no atendimento específico e individualizado aos pacientes cirúrgicos, prevenção de acidentes e gerenciamento dos riscos, considerando as especificidades da área, tanto pelo número de especialidades, como pelas características das equipes médicas.^(3,5)

A pesquisa contribuiu na identificação de causas dos eventos adversos cirúrgicos, sendo a de maior percentual a “rotina na programação de procedimentos eletivos”. O atendimento a pacientes com cirurgias eletivas e conhecidas é, de certo modo, mais tranquilo em um centro cirúrgico, diferentemente das situações de emergências que, juntamente de agendamentos de última hora, uso de equipamentos não usuais para a realização de cirurgias, pressão em relação ao tempo para o início ou finalização do procedimento, são apontadas como causas para a ocorrência de eventos adversos.⁽⁵⁾ Já existe uma preocupação das instituições em ter um ambiente e um sistema de atendimento ao paciente cirúrgico baseado em preceitos filosóficos e estruturais, de modo a oferecer as melhores condições de trabalho possíveis e afim de que os resultados ao paciente não sejam comprometidos.⁽⁸⁾ Portanto, mesmo em contexto rotineiro, deve-se ter elevado nível de atenção, pois tal fato pode representar maior flexibilização no seguimento de regras, desencadeando eventos que colocam em risco a segurança do paciente.

Este estudo mostrou “que a falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e equipe médica” é uma forte razão para a ocorrência de eventos adversos, sugerindo que o bom cuidado à saúde é dependente de uma comunicação acurada e eficaz entre os profissionais.⁽³⁾ A importância desse achado é confirmada com os dados do relatório de eventos de um programa americano de acreditação, em que foram registrados 843 eventos e, na análise de causa raiz, os problemas de comunicação foram apontados em 533 (63,2%) ocorrências.⁽⁹⁾ A unidade de centro cirúrgico configura-se como um

ambiente de estresse, com elevado número de interrupções e, dentre os aspectos que podem contribuir para uma comunicação ineficaz, é quando a equipe médica apresenta um comportamento arrogante e hostil junto aos profissionais.^(3,7) Por conseguinte, não é incomum que a equipe de enfermagem se sinta intimidada e omita alertas importantes que poderiam prevenir problemas ao paciente, por temer sofrer represálias ou retaliações.^(7,10) Como alternativa para o enfrentamento do problema, a enfermagem deve implementar protocolos assistenciais, como o *checklist* de cirurgia segura, além de utilizar ferramentas para a comunicação eficaz, envolvendo a equipe multidisciplinar.^(4,8-10)

As afirmativas que apresentaram maior percentual de pouco frequente ou sem frequência estão relacionadas a não haver problemas com a conferência de materiais e equipamentos, e com a conferência da identificação do paciente. Elas sugerem um amadurecimento da instituição para a implantação de medidas que previnam a ocorrência de eventos adversos. Por isso, a gestão da unidade deve estar envolvida em prever e prover os recursos necessários para seu funcionamento, além de atender às demandas do serviço com menor desgaste dos trabalhadores. A falta de organização do serviço é um aspecto que está relacionado a eventos adversos.⁽⁸⁾

As afirmativas que tratam da autonomia do líder propiciando segurança à equipe e ausência de represálias quando se alerta para as questões de segurança, indica um apoderamento da equipe de enfermagem para tratar as questões de segurança do paciente no ambiente cirúrgico. Os enfermeiros devem refletir sobre sua atuação dentro dos centros cirúrgicos, com vistas a realizarem um movimento de mudança na estrutura organizacional, para buscar avanços e conquistas para a profissão, e propondo novos papéis nessa área de trabalho.⁽⁷⁾

Embora o estudo tenha mostrado que todos os cenários possam ser considerados eventos adversos e que devam ser notificados, há situações que ainda não são claras para a equipe, principalmente em se tratando de quase-falhas, como é o contexto apresentado na adequação da sala para conformidade da lateralidade no ato operatório. Quase-falha é o incidente que não atingiu o paciente, mas a recorrência

pode acarretar grande chance de uma consequência adversa grave ao paciente.⁽¹⁾ Desse modo, monitorar quase-falhas cirúrgicas permite a revisão dos processos assistenciais e promoção de medidas que tragam segurança para o ato operatório.

Os achados evidenciam uma visão fragmentada sobre a segurança do paciente nesse ambiente, sendo vista como responsabilidade de uma categoria profissional (ou equipe médica ou equipe de enfermagem). Se, por um lado, as afirmativas apontaram para certo apoderamento da equipe de enfermagem, os cenários, por outro, revelaram que a responsabilidade pela segurança não é compartilhada igualmente por todas as equipes. A implantação de políticas bem delimitadas relacionadas aos procedimentos de segurança e a contínua lembrança dos códigos de condutas dos profissionais podem propiciar melhor entendimento sobre a cultura de segurança nesse setor.^(9,10)

Os limites deste estudo estão relacionados ao delineamento transversal, que não permite o estabelecimento e relações de causa e efeito. Os resultados limitam-se à amostra investigada, não permitindo generalizações à população de profissionais que atuam na área cirúrgica.

Conclusão

A equipe de enfermagem pesquisada tem conhecimento sobre o que são os eventos adversos cirúrgicos e as possíveis causas para sua ocorrência. Os cenários analisados evidenciaram o entendimento das situações apresentadas como eventos adversos cirúrgicos e a importância de sua notificação. Verificou-se deficiência no conhecimento do que seja a quase-falha no ambiente cirúrgico e, também, de que há entendimentos diferentes

de quem é a responsabilidade quando os eventos adversos cirúrgicos ocorrem.

Colaborações

Bohomol E colaborou com a concepção do projeto, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Tartali JA contribuiu com a concepção do projeto, coleta, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Referências

1. World Health Organization (WHO). More than words. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS); technical report. Geneva: World Health Organization; 2009.
2. Walker IA, Reshamwalla S, Wilson IH. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? *Br J Anaesth.* 2012;109(1):45-54.
3. Croteau RJ. Wrong-site surgery in surgical patient safety: essential information for surgeons in today's environment. Chicago: American College of Surgeons; 2004.
4. Moura ML, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):523-35.
5. Alfredsdottir H, Bjornsdottir K. Nursing and patient safety in the operating room. *J Adv Nurs.* 2008;61(11):29-37.
6. World Health Organization (WHO). Safe surgery saves lives. The second global patient safety challenge. Geneva: World Health Organization; 2009.
7. Grittem L, Meier MJ, Peres AM. Sistematization of perioperative care - a qualitative research [Internet]. *Online Braz J Nurs.* 2009;8(3) [cited 2013 Aug 19]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2588>
8. Souza LP, Bezerra AL, Silva AE, Carneiro FS, Paranaçuá TT, Lemos LF. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev Enferm UERJ.* 2011;19(1):127-33.
9. The Joint Commission. Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care: roadmap for hospitals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. 2010.
10. Nadzam DM. Nurses' role in communication and patient safety. *J Nurs Care Qual.* 2009;24(3):184-8.