

**ELISÂNGELA FAUSTINO FARIAS DA COSTA¹, MONIQUE DE FREITAS GONÇALVES
LIMA², LILIA NADIR DA SILVA NEVES^{3*}**

¹Enfermeira mestranda em Terapia Intensiva pelo Instituto Multidisciplinar Brasileiro de Educação e Saúde, IMBES – São Caetano – SP. ²Enfermeira mestranda em gerontologia pela UFPE – Recife – PE. ³ Enfermeira Especialização em Didático-Pedagógico para Educação em Enfermagem pela UFPE – Recife – PE. *E-mail: lilia-nadir@hotmail.com

RESUMO

O cuidado em saúde envolve a prevenção e a redução dos riscos de danos causados aos pacientes em instituições de saúde. Estudos identificaram que o maior desafio enfrentado pelos especialistas em segurança do paciente é fazer com que os dirigentes das instituições de saúde compreendam que a causa de erros cometidos, ou eventos adversos, é multifatorial, sendo que os profissionais de saúde podem cometer esses erros quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e/ou mal planejados. Assim, o objetivo desse artigo é descrever a implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente em um serviço de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência da equipe de saúde diante da implantação do programa num hospital pediátrico do município de Recife (PE), Brasil.

Palavras-chave: Núcleo de Segurança do Paciente. Pronto socorro infantil. Assistência em saúde.

IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM PRONTO SOCORRO INFANTIL NO RECIFE (PE)

INTRODUÇÃO

Através do programa *Wrong Site Surgery*, da *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, em 1980, iniciou-se a discussão sobre segurança do paciente, que se consolidou a partir do ano 2000, com a publicação do livro “*To Err is Human: Building a Safer Health System*” do *Institute of Medicine*. Contudo, foi apenas em outubro de 2004, por meio da

Organização Mundial de Saúde (OMS), que o primeiro conjunto de políticas de âmbito global foi lançado, no momento da criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (AMSP), passando a definir temas prioritários a serem abordados a cada dois anos, a partir de 2005, ficando conhecido como Desafios Globais (MONTE et al., 2017).

Segundo Siman, Brito (2016) a OMS também propôs a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS), que traz a definição de segurança do paciente como:

“[...] a redução de riscos de danos ou lesões, associada ao cuidado em saúde, dentro de uma aceitação mínima; risco como a probabilidade que um incidente ocorra; o erro como a falha, a ação que ocorre fora do planejado ou aplicação incorreta do plano, e ainda, os eventos adversos (EAs), como qualquer dano ou lesão causada ao paciente pela intervenção da equipe de saúde” (SIMAN, BRITO, 2016, p.2).

Em relação ao Brasil, a partir da década de 1990, observou-se um aumento no número de ações judiciais contra profissionais e organizações de saúde. Esse fato se deu em decorrência de uma preocupação com o aumento da regulação e a regulamentação da prestação dos cuidados em saúde, que passaram a definir a responsabilização dos envolvidos quando ocorria algum “insucesso” em relação a procedimentos referentes à segurança do paciente. De acordo com um levantamento realizado no ano de 2008, no Superior Tribunal de Justiça (STJ), houve um aumento de 200% no número de processos ajuizados em decorrência de evento adverso, em seis anos (AZEVEDO et al, 2016).

Ao se analisar os danos consequentes da assistência à saúde, observa-se que muitos são verificados em instituições que se encontram caracterizadas por uma sobrecarga de trabalho, muitas vezes associada a uma quantidade inadequada de pessoal, bem como pela carência de capacitação dos seus colaboradores. Ademais, estudos têm apontado outros fatores envolvidos, como uma comunicação ineficaz, dificuldades no relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde e, ainda, o desconhecimento da liderança em relação às fragilidades e potencialidades de sua própria equipe (REIS et al, 2017).

Tendo por objetivo a redução dos danos causados em instituições de saúde, foi identificado que o maior desafio enfrentado pelos especialistas em segurança do paciente é fazer com que os dirigentes dessas instituições compreendam que a causa de erros

cometidos, bem como de eventos adversos, é multifatorial, sendo que os profissionais de saúde podem cometer esses erros quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e/ou mal planejados. É fato que sistemas fracassam no mundo inteiro, tendo em vista que a assistência é prestada por seres humanos, havendo sempre a possibilidade de riscos e eventos danosos aos pacientes. Contudo, o mais importante é que esta realidade não continue sendo ignorada (HERR et al, 2015).

Siman e Brito (2016, p.2) informam que, em 2009, foram estabelecidas seis metas internacionais de segurança, que se resumem em: *“identificação correta do paciente; comunicação clara e efetiva; segurança na administração de medicamentos; maior segurança em cirurgias, diminuição dos riscos de infecção e de queda do paciente”*.

De acordo com o preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para que seja elaborado um plano de segurança do paciente (PSP) eficaz, devem ser consideradas as seguintes etapas: 1) Planejamento; 2) Execução; 3) Avaliação; e 4) Revisão (BRASIL, 2016).

Cada uma dessas etapas citadas envolve ações diferentes, e o presente estudo relata as ações que foram iniciadas com a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em um hospital pediátrico. A implantação se encontra na primeira etapa de planejamento, adentrando na segunda com a implantação das pulseiras de identificação do paciente e a realização da ficha de eventos adversos.

A implantação do NSP traz a necessidade de melhorias e de adesão dos gestores e profissionais às boas práticas de segurança do paciente, com o cumprimento da legislação específica e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente adaptados para a realidade local e de acordo com a gestão de riscos envolvidos nos processos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que descreve o processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente no Pronto Socorro Infantil, na cidade de Recife (PE), Brasil.

A instituição atende exclusivamente crianças e adolescentes desde 1963, sendo anteriormente denominado como Pronto-Socorro Infantil Menino Jesus, posteriormente rebatizado como Pronto Socorro Jorge Medeiros. Sendo referência em atendimento em pediatria há mais de 50 anos.

Em 2013 entrou em vigor no Brasil a resolução 529, que estabeleceu a Política Nacional de Segurança do Paciente e definiu ações e metas (BRASIL, 2013a). No mesmo ano, a Resolução do Colegiado - RDC 36 da ANVISA definiu que o estabelecimento de um Centro de Segurança do Paciente é obrigatório nos hospitais para reduzir a ocorrência de danos e eventos adversos na assistência ao paciente, melhorar a qualidade do serviço e melhorar a qualidade do atendimento (BRASIL, 2013b).

Diante disso, esse estudo apresenta as estratégias que foram adotadas, bem como as dificuldades encontradas, enfatizando a importância da articulação entre a equipe multiprofissional como uma estratégia para difundir a cultura, assim como para monitorar a segurança da assistência prestada ao paciente.

Assim, para conferir institucionalidade e responsabilidade para promover a segurança do paciente, se fez necessária a organização e efetivação do Núcleo de Segurança do Paciente, demonstrando, dessa forma, o compromisso institucional, bem como o planejamento dos ambientes de cuidado para com a sistematização das práticas que podem gerar maiores riscos para os pacientes.

Afinal, a segurança do paciente envolve ações que passaram a ser promovidas pela instituição no intuito de reduzir os riscos de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde a um mínimo aceitável. Como já dito, tais ações seguem na etapa inicial de planejamento, com elaboração de protocolos e posteriormente divulgação e treinamento com a equipe multiprofissional enfatizando a cultura de segurança intra-hospitalar, de acordo com a portaria 529/2013 (BRASIL, 2013a).

RESULTADOS

O Programa Nacional de Segurança do Paciente apresenta seis protocolos que visam reduzir a ocorrência de eventos adversos em instituições de saúde: (1) promover a identificação dos pacientes; (2) prevenir úlceras de pressão; (3) foco na segurança das prescrições e no uso e administração dos medicamentos; (4) prática de cirurgias com segurança; (5) enfatizar a importância da higiene das mãos; (6) prevenir quedas (BRASIL, 2013c e 2013d).

Com o intuito de promover ações para a segurança do paciente e prestar uma assistência mais segura e qualificada, o hospital infantil Jorge de Medeiros implementa a primeira das 6 metas para a segurança do paciente, com o objetivo de oferecer um

ambiente seguro e inovador, voltado exclusivamente à criança, no estado de Pernambuco. Foi instituído junto com a direção do hospital, o Núcleo de Segurança do Paciente, o qual vem sendo construído gradativamente, haja visto que o mesmo ainda se encontra em processo inicial de adaptação do plano de segurança do paciente para ser devidamente consolidado.

Com a gestão focada na qualidade e na segurança do paciente, inicialmente buscou-se trabalhar em conjunto com a educação continuada para conscientização da equipe de saúde através de treinamentos, implementando a criação da cultura de segurança, bem como a execução dos processos de gestão de risco, ressaltando a integração com todos os profissionais nos processos de cuidado e articulando com os processos organizacionais do hospital. Será realizado, conjuntamente, uma pesquisa de cultura de segurança com os colaboradores, no intuito de identificar anualmente as estratégias para o fortalecimento do núcleo de segurança do paciente na instituição.

TRAGETÓRIA

A partir da constituição do NSP, inicialmente, devido à preocupação com a cultura de segurança, levou-se a organizar um minicurso direcionado aos colaboradores, onde foram apresentadas e discutidas as 6 metas de segurança do paciente. Em um primeiro momento teve-se o cuidado em treinar e qualificar os profissionais da instituição, pois a preocupação com o aprendizado sobre os erros e as melhorias enfrentadas mostram que, somente dessa forma, será possível identificar as necessidades de melhorias no processo.

O NSP da unidade, logo após os treinamentos, articulou outras ações voltadas para a implantação das metas de segurança do paciente pediátrico, incluindo a promoção, execução e monitorização de medidas intra-hospitalares, direcionadas ao processo de risco, e na garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, sendo uma dessas ações, a notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde.

Todos os monitoramentos dos eventos serão voltados à redução de riscos, seguindo as determinações da ANVISA (BRASIL, 2013e) para a segurança do paciente, sendo definidas as etapas seguintes. Outra ação concomitante, foi a implantação da primeira meta da segurança do paciente que se trata de *“identificar os pacientes corretamente”*, onde foi realizado um protocolo com as etapas desse processo, desde a entrada na recepção até a alta hospitalar, com a implantação das pulseiras, com avaliação de risco identificada na mesma.

Para envolver paciente/acompanhante/família no processo de identificação correta, foi necessário que os profissionais, então já habilitados, explicassem os propósitos de risco identificados na pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

Foi definido, então, que o processo de avaliação de risco será uma das medidas adotadas pela instituição, para evidenciar cuidados específicos direcionados à criança durante o internamento. Esse processo visa sinalizar e estabelecer através de cores distintas, anexas a pulseira de identificação, os pacientes pediátricos em situações de risco eminente. Esta abordagem segura, além de padronizar a identificação do paciente no serviço de saúde, promove à melhoria da qualidade da assistência à criança hospitalizada. Essas ações são o ponto de partida para a correta execução das diversas etapas de segurança do paciente na instituição.

Para verificar o cumprimento de tais metas, foi feito uso dos seguintes indicadores: Avaliação de risco por meio da identificação através de cores em pulseiras padronizadas, assim como pela taxa de eventos adversos em decorrência de falha na identificação do paciente. Para garantir a segurança desta meta se fazem necessários alguns cuidados importantes, tais como: conferir se as informações da pulseira estão corretas e legíveis; Instalar os indicadores de risco na pulseira explicando corretamente o procedimento; Verificar adaptação de conforto local e conservação da pulseira (caso necessário solicitar uma nova) e; Certificar de que a equipe assistencial confira a identificação do paciente antes de realizar quaisquer atendimentos.

Como ações para as demais metas, que serão implantadas gradativamente, foram realizados protocolos com as instruções a serem apresentadas a seguir, ainda de acordo as ações da ANVISA (BRASIL, 2013e).

Para a segunda meta, que é *“melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência”*, o NSP entende que essa comunicação consiste em compreender, registrar e compartilhar mensagens enviadas e recebidas entre os profissionais de saúde.

Todos os eventos fora de rotina devem ser registrados, por exemplo: prescrições verbais, ou de ordem formada, que devem ser prescritas pelo médico, resultados de exames críticos a serem informados com urgência, ou qualquer tipo de eventualidade fora do contexto.

O registro dessas informações deve ser feito com a devida clareza, possibilitando a certeza de uma compreensão correta por parte do receptor da mensagem. Para comprovar o cumprimento de tal meta será feita a medição dos seguintes indicadores: proporção das prescrições verbais e telefônicas; proporção dos registros de comunicação dos resultados críticos de exames.

A segurança dessa meta é promovida a partir de alguns cuidados importantes que devem ser tomados, entre eles: fazer o registro das informações do paciente em seu prontuário, desde sua admissão até sua alta; e incluir o paciente no processo de cuidado, objetivando esclarecer todas as suas dúvidas e de sua família.

Para a terceira meta, *“melhorar a segurança dos medicamentos”*, uma das prioridades estará relacionada com a padronização de medicamentos de alto risco. A utilização dessas medicações de alta vigilância será conferida e evidenciada com o número do lote da medicação anexado a prescrição. Para conferir o cumprimento dessa meta devem ser medidos alguns indicadores como: a taxa de erros ocorridos na administração de medicamentos; a taxa de ocorrência de eventos adversos relacionados com medicamentos; e a taxa de erros ocorridos na dispensação dos medicamentos.

A quarta meta, *“assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos”*, será implementada para evitar falhas durante o procedimento. Para isso, será desenvolvida uma lista de verificações para segurança cirúrgica (*checklist* de cirurgia segura), onde serão colocados indicadores para assegurar o cumprimento de tal meta, podendo-se citar o número de cirurgias que são realizadas em local incorreto; quantidade de cirurgias realizadas em paciente incorreto; o número de procedimentos errados; e a taxa de mortalidade cirúrgica do hospital.

Com as ações para a quinta meta, *“reduzir o risco de infecção associado ao cuidado de saúde”*, serão garantidos alguns cuidados importantes, entre eles: deixar disponível uma preparação alcoólica em locais estratégicos do hospital; promover a orientação de acompanhantes e/ou familiares a respeito da importância da realização da antissepsia das mãos; efetuar o treinamento de toda a equipe multiprofissional do hospital, com o monitoramento do passo-a-passo em relação a lavagem das mãos.

Na sexta meta, *“reduzir o risco de danos ao paciente decorrentes de quedas e lesão por pressão”*, serão implantadas medidas como: fazer a avaliação dos riscos de quedas dos pacientes; promover um cuidado multiprofissional para um ambiente seguro; e efetuar

a conscientização sobre a realização de medidas individuais preventivas em relação ao cuidado com crianças. A avaliação de risco será realizada no ato da admissão, e inclui a identificação de pacientes com risco em função das condições clínicas, dos medicamentos utilizados, dos tratamentos e medidas preventivas.

Neste processo, o risco de quedas e lesão por pressão serão identificados por cores, anexadas as pulseiras. O risco de queda é identificado pela cor laranja, já o risco de lesão por pressão é identificado pela cor roxa. No intuito de evitar algum tipo de lesão, a instituição implementará como forma de prevenção, o relógio funcional para mudança de decúbito que serão anexados em todos os leitos de risco.

DISCUSSÃO

A implantação do NSP na unidade, embora esteja em sua fase inicial, mostra que, para toda implementação de novas rotinas aos profissionais de saúde, é necessário que antes sejam realizados treinamentos e capacitações para melhor qualificá-los e assim fazê-los cumprir de acordo com os protocolos.

Constatou-se a importância da implantação do NSP e as ações iniciadas como a notificação de EA e a primeira meta, com as pulseiras de identificação com a avaliação de risco. Constata-se a importância da identificação do paciente, sendo um princípio básico para sua segurança, onde verifica-se que o processo é fundamental para garantir a qualidade da assistência em instituições de saúde. O uso das pulseiras de identificação é uma prática comum, todavia, fatores culturais, assim como organizacionais, materiais e humanos interferem em sua não conformidade, o que induz a erros ou gera eventos adversos. Assim, o estudo permitiu ampliar os conhecimentos dentro da segurança do paciente, e, dentro da primeira meta relacionada, sobre a correta identificação.

Ainda nesse cenário, é importante, para a construção de uma assistência cada vez mais segura para o paciente, que haja empenho de todos os profissionais de saúde, partindo da gestão e indo, inclusive, até ao usuário. Para validar a eficácia da implantação/implementação do NSP, é fundamental a cooperação de todos os componentes envolvidos para que sejam conquistados os desafios e promovidas as medidas de segurança necessárias.

Diante do aqui exposto, se torna imprescindível colocar que o plano de ação aqui mencionado se encontra em processo de criação, estando de acordo com as necessidades

provenientes da realidade dessa instituição. Conforme a necessidade, novas metas e estratégias poderão vir a ser definidas gradativamente, para promover uma atenção à saúde que seja livre de danos e mais segura ao paciente.

Como implicações para futuros estudos sugere-se a avaliação da adesão dos profissionais à verificação da pulseira de identificação antes de realizar procedimentos junto ao paciente.

CONCLUSÃO

Para a criação do NSP foi necessário implantar uma cultura de segurança a fim de que o cuidado seja efetivo na visão dos profissionais que integram a equipe intra-hospitalar, sendo necessário, portanto, inserir uma educação permanente para, então, implementar a primeira meta de segurança do paciente.

Nesse sentido, foram desenvolvidos protocolos que serão implantados progressivamente com ações preventivas para amenizar eventos adversos, além de promover ações para a gestão de risco e compartilhar o plano de segurança do paciente, tendo em vista que constituem instrumentos importantes para o processo do cuidado em saúde com segurança.

REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO KCC, et al. Implantação do núcleo de segurança do paciente em um serviço de saúde. Revista de Enfermagem da UFPE online, 2016; 10(12): 4692-4695.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 25 ago. 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 25 ago. 2019.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília, 2013c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html Acesso em: 25 ago. 2019.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília, 2013d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html Acesso em: 25 ago. 2019.
6. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, 2013e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html Acesso em: 25 ago. 2019.
7. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2016; 67p.
8. HERR GEG et al. Segurança do paciente: uma discussão necessária. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 2015; 6(Supl.3): 2300-2310.
9. MONTE FBM, et al. Implantação de Protocolo de Segurança Cirúrgica: Estudo de Caso em uma Unidade Pública de Saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 2017; 6(2): 92-99.
10. REIS GAX, et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. Texto & Contexto - Enfermagem, 2017; 26(2): e00340016.
11. SIMAN AG, BRITO MJM. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2016; 37(spe): e68271.