

SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA.

PATIENT SAFETY: A DISCUSSION NEEDED

SEGURIDAD DEL PACIENTE: A DEBATE NECESARIO

Gerli Elenise Gehrke Herr¹, Fabiele Aozane², Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz³.

RESUMO

Introdução: O tema segurança do paciente tem sido uma constante preocupação dos gestores e trabalhadores em saúde. Cada instituição de saúde tem organizado suas atividades e sua forma de dar conta das necessidades ao que tange a um cuidado mais seguro. **Objetivo:** Relatar a experiência da implantação do núcleo de segurança do paciente de um hospital privado da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência. Realizado por enfermeiras de um hospital privado da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, no período de abril a junho de 2013, a partir

da implantação do núcleo de segurança do paciente no referido hospital. O hospital conta com 112 leitos de internação hospitalar distribuído em unidades: de internação clínica e cirúrgica; centro de tratamento intensivo adulto; centro de tratamento intensivo neonatal e pediátrico; centro obstétrico; berçário; centro cirúrgico; sala de recuperação pós-anestésica; pronto atendimento; serviço de quimioterapia. **Resultados:** O núcleo foi constituído por enfermeiras assistenciais, com o apoio da coordenação de enfermagem e administração da instituição, com a finalidade de implementar ações educativas para a cultura de segurança do paciente. Foram realizadas leituras relacionadas ao tema, reconhecimento do cenário, dos sujeitos envolvidos, e treinamento com a equipe multiprofissional. Foram implementadas ações voltadas à segurança da assistência prestada. **Conclusão:** A implantação do núcleo oportunizou o desenvolvimento de ações e integração multiprofissional nesta instituição, instigando a busca de novas

¹ Enfermeira no Hospital Unimed Noroeste/RS. Especialista em Enfermagem Hospitalista. Mestranda do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu Atenção Integral à Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ). gerli.herr@yahoo.com.br

² Enfermeira no Hospital Unimed Noroeste/RS. Especialista em Terapia Intensiva e Gestão de pessoas pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). aozane@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Docente do Departamento de Ciências da Vida (DCVida) da UNIJUÍ. adri.saudecoletiva@gmail.com.br

evidências relacionadas à segurança do paciente.

Descritores: Cultura de Segurança; Gestão de Risco; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The patient safety issue has been a constant concern of health managers and workers. Each health institution has organized its activities and its way of fulfilling the needs in relation to a safer care. **Objective:** To report the experience of the implementation of patient safety core of a private hospital in the Northwest region of Rio Grande do Sul / Brazil. **Methodology:** This is an experience report. Performed by nurses in a private hospital in the Northwest region of the State of Rio Grande do Sul, in the period April-June 2013, following the implementation of core patient safety in the hospital. The hospital has 112 hospital beds distributed units: clinical and surgical ward; center of adult intensive care; the intensive neonatal and pediatric treatment ; delivery room ; nursery ; operating room ; post- anesthetic recovery room ; responsiveness ; chemotherapy service. **Results:** The core consisted of clinical nurses with the support of the nursing coordination and management of

the institution, in order to implement educational activities for patient safety culture. Readings were taken related to the theme, recognition of the scenario, the individuals involved, and training with the multidisciplinary team. Actions were implemented aimed at safety of care.

Conclusion: The implementation of the core provided an opportunity to develop actions and multidisciplinary integration in this institution, prompting the search for new evidence related to patient safety.

Descriptors: Safety Culture; Risk Management; Nursing.

RESUMEN

Introducción: El tema de la seguridad del paciente ha sido una preocupación constante de los gerentes de salud y los trabajadores. Cada institución de salud ha organizado sus actividades y su manera de satisfacer las necesidades en relación con una atención más segura. **Objetivo:** Presentar la experiencia de la aplicación de la paciente núcleo de seguridad de un hospital privado de la región noroeste de Rio Grande do Sul / Brasil. **Metodología:** Se trata de un relato de experiencia. Interpretada por enfermeras en un hospital privado en la región noroeste del Estado de Rio Grande do Sul, en el

periodo abril - junio de 2013, tras la aplicación del núcleo la seguridad del paciente en el hospital. El hospital cuenta con 112 camas hospitalarias unidades distribuidas: sala de clínica y quirúrgica; centro de cuidados intensivos de adultos; la intensivos neonatales y tratamiento pediátrico ; sala de partos ; vivero ; sala de operaciones; sala de recuperación post-anestésica; la capacidad de respuesta ; servicio de quimioterapia. **Resultados:** El núcleo consistieron enfermeras clínicas con el apoyo de la coordinación de enfermería y la gestión de la institución, con el fin de llevar a cabo actividades de educación para la cultura de seguridad del paciente. Las lecturas se tomaron en relación con el tema, el reconocimiento de la situación, los individuos involucrados, y la formación con el equipo multidisciplinar. Acciones se llevaron a cabo el objetivo de la seguridad de la atención. **Conclusión:** La implementación del núcleo proporciona una oportunidad para desarrollar acciones y la integración multidisciplinar en esta institución , lo que provocó la búsqueda de nuevas pruebas relacionadas con la seguridad del paciente.

Descriptor: Cultura de la seguridad; Gestión de riesgos; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente nas instituições de saúde, tem sido foco de discussões em âmbito global. O movimento em prol da segurança do paciente teve seu início na última década do século XX, após a publicação do relatório do Institute of Medicine dos EUA que apresentou os resultados de vários estudos que revelaram a crítica situação de assistência à saúde daquele país. Dados apontaram que de 33,6 milhões de internações, 44.000 a 98.000 pacientes, aproximadamente, morreram em consequência de eventos adversos ⁽¹⁾.

Em outubro de 2004, foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) com o propósito de atenção ao problema da segurança do paciente. Sua abrangência é internacional e tem como missão apoiar a promoção e implementação de mecanismos para melhorias na segurança mundial do paciente em instituições de saúde ⁽²⁻³⁾. Em 2005, a Joint Commission International

(JCI), uma organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a JCI, foi designada como o Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) em soluções para a segurança do paciente. É papel desse centro à elaboração e a difusão de soluções que visem a Segurança do Paciente⁽³⁾.

O maior desafio dos especialistas em segurança do paciente, que buscam a redução dos eventos nas instituições de saúde, tem sido a assimilação, por parte dos dirigentes, de que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e, que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e/ou mal planejados. Os sistemas fracassam em todo o mundo e desde que a assistência seja prestada por seres humanos há a possibilidade de promoção de riscos e danos aos pacientes, embora o que seja de fato importante neste momento é que esta realidade não seja mais ignorada⁽⁴⁾.

Desta forma a compreensão de que sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais atinjam os pacientes a causar eventos adversos,

permite à organização hospitalar rever os seus processos, estudar e elaborar estratégias de barreiras de defesa⁽⁴⁾.

O mesmo autor supracitado destaca que uma das dificuldades encontradas tem sido a falta de informações sobre os eventos adversos que acontecem e sobre seus fatores causais, o que dificulta o conhecimento, avaliação e a discussão sobre as consequências destes eventos para os profissionais, usuários e familiares. Esta lacuna prejudica a ação dos gestores para realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais voltadas para a adoção de práticas seguras, minimização dos eventos e melhoria da assistência, colocando em risco a segurança dos pacientes.

Como enfermeiras assistenciais, destacamos que há vários desafios para as instituições hospitalares quando se trata do assunto relacionado à segurança do paciente. Entre eles a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde, constituída por equipe multidisciplinar, visando desenvolver uma mudança de cultura de segurança, dentro das instituições e o fortalecimento das redes, Rede de

Enfermagem e Segurança do Paciente (Internacional, Nacional e Regional) promovendo a comunicação rápida e efetiva das evidências, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança.

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013, o NSP é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde⁵. A partir do exposto, este estudo teve objetivo geral relatar a experiência sobre a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em um Hospital Privado da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

MÉTODO DE PESQUISA

Trata-se de um relato de experiência, tendo como cenário um Hospital Privado localizado na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. No referido relato iremos descrever/discutir o processo de criação e implantação do Núcleo de Segurança do Paciente que aconteceu no período de

abril a junho de 2013. O referido hospital em sua estrutura disponibiliza de 112 leitos de internação hospitalar. Entre as unidades temos pronto atendimento e emergência 24 horas, centro de diagnóstico por imagem e laboratório de análises clínicas. Ainda unidades de internação, clínica e cirúrgica, centro cirúrgico, centro obstétrico, berçário, setor de quimioterapia, centro de tratamento intensivo (CTI) adulto e CTI neonatal. Entre os colaboradores da equipe de enfermagem, conta com 41 enfermeiros e 233 técnicos de enfermagem e 5 auxiliares de enfermagem.

Inicialmente após a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, foram realizadas algumas reuniões na instituição hospitalar, no intuito de discutir, aprofundar o tema e articular gestores e profissionais atuantes diretamente na assistência para a organização do referido núcleo. Foram várias reuniões discutindo e apresentando estratégias adotadas, os acordos internos realizados, às dificuldades encontradas, a importância da articulação entre equipe multiprofissional como estratégia de

difundir a cultura e monitorar a segurança da assistência prestada ao paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da publicação da Portaria MS/GM nº 529/2013 foram oficializadas as atividades referentes a este assunto na instituição hospitalar em que foi vivenciada esta experiência e também pela necessidade de promover ações de promoção e prevenção de eventos indesejáveis relacionados à assistência ao paciente. Primeiramente foi sugerido pela coordenação de enfermagem que fosse constituído um grupo de enfermeiras que atendessem as questões relacionadas aos eventos adversos na assistência de enfermagem no hospital, e isto ocorreu pela iniciativa de sete enfermeiras, que se propuseram a pensar as questões relacionadas aos eventos adversos e sua interferência na segurança do paciente.

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devem ser elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de

medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais ⁽⁶⁾.

Para desenvolver uma maior “familiaridade” com o assunto de Segurança do Paciente, buscou-se a qualificação deste grupo por meio de evidências científicas, participação em eventos relacionados ao tema, como também, vivências hospitalares relacionadas à prevenção de eventos adversos na prática assistencial de enfermagem. Esta foi a primeira ação do grupo, para que seus integrantes procurassem entendimentos do que estava sendo proposto e quais poderiam ser as ações futuras, mediante a demanda hospitalar no momento. O reconhecimento e o entendimento dos Eventos Adversos, seu gerenciamento, controle e fatores de risco, permite à equipe a implementação de medidas preventivas e tratamento eficazes ⁽⁷⁾.

A partir das leituras elaborou-se um projeto, especificando objetivos e ações pelo “Grupo de Eventos Adversos”. Percebeu-se a necessidade de haver um

maior controle na administração de medicamentos, pois os relatos de eventos adversos nas primeiras reuniões eram focados para as inconformidades medicamentosas, como: atraso na administração de medicamentos, aprazamentos incorretos, medicações trocadas, doses não administradas corretamente. Em estudo realizado quanto aos erros no preparo e administração de medicamentos, verificou-se que dos 309 erros citados na pesquisa, 72,8% foram cometidos por técnicos de enfermagem e, também a maioria (37,6%) foram citados pelos profissionais que trabalhavam no turno diurno, pelo fato, de ter maior número de internações ⁽⁸⁾.

Estudo realizado em seis hospitais brasileiros demonstrou que os profissionais de enfermagem de nível médio são os responsáveis pelos maiores índices de erros no preparo e administração de medicação, visto que 84,3% foram cometidos por auxiliares e 14,3% por técnicos de enfermagem ⁽⁹⁾. Os dados apresentados remetem a importância de identificar a causa raiz que levou a ocorrência destas inconformidades. Muitas vezes, o erro está associado a causas multifatoriais como estresse, sobrecarga de trabalho,

cansaço, dificuldade de entender a prescrição, distração e ambiente físico inadequado, gerando problemas e prejudicando a assistência aos pacientes ⁽¹⁰⁾.

Neste ínterim, a abordagem tradicional para os erros relacionados à assistência a saúde tem sido acusar o profissional que presta cuidados ao paciente: o médico que está realizando uma cirurgia, a enfermeira aplicando uma medicação, o farmacêutico preparando a quimioterapia, entre outros. De fato, são pouco prováveis que esses erros sejam prevenidos por meio da repreensão as pessoas para que sejam mais cuidadosas, ou envergonhando-as ou processando-as ⁽¹¹⁾.

A segurança do paciente envolve a mudança de cultura para a não punição do profissional diante da ocorrência do evento adverso e, também, que medidas sejam adotadas em relação ao sistema de medicação, seja pela identificação dos fatores que favoreceram uma inconformidade. Dessa maneira, os erros podem ser relatados pelos profissionais envolvidos e notificados, para que ocorra a investigação das suas causas ⁽⁸⁾.

A preparação medicamentosa para cada paciente deve ocorrer

separadamente, atentando-se para os seguintes pontos: identificar o medicamento preparado com o nome completo do paciente; número da enfermaria/leito, número de registro do prontuário, nome do medicamento, dose, via de administração, iniciais do responsável pela preparação e horário de administração, é relevante ter em mente estes cuidados, caso contrário podem contribuir para a ocorrência de falhas ⁽⁷⁾.

Uma das estratégias que visou diminuir as inconformidades com a administração de medicamentos, foi a implementação do uso da 3º via da prescrição médica, em uma unidade de internação clínica, estratégia utilizada como teste piloto, a qual foi instituída da seguinte maneira: usar a 3ª via da prescrição médica como guia para identificação, preparo e administração de medicamentos; sensibilização aos enfermeiros assistenciais; capacitação para os técnicos de enfermagem da unidade piloto em todos os turnos. Decorridos 30 dias foram realizadas avaliações deste plano de ação, em conjunto com as equipes de profissionais enfermeiros e técnicos atuantes na referida unidade, e diante da adesão e satisfação das equipes, optou-se em

estender a utilização da 3º via da prescrição médica às demais unidades de internação. A administração de medicamento almeja prioritariamente diminuir o sofrimento do paciente. No entanto, quando ocorrem inconformidades, seja no preparo ou na administração, esse objetivo pode não ser alcançado e, nesse caso, o sistema de saúde, ao invés de tratar as doenças, acaba por causar problemas para os pacientes ⁽⁷⁾.

Na perspectiva de implantação de uma assistência segura, estamos trabalhando na implementação da identificação do paciente, com a estratégia de utilização da pulseira. A identificação do paciente é prática indispensável para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de cuidado à saúde. Todos os pacientes admitidos na instituição deverão ser identificados com uma pulseira no antebraço esquerdo contendo dois identificadores (nome próprio, nome da mãe), além do número do prontuário hospitalar. A pulseira deve permanecer durante todo período de internação e ser retirada nas portarias do hospital na alta hospitalar.

O objetivo da identificação é prevenir os eventos adversos relacionados à assistência à saúde, por meio da leitura e conferência da pulseira antes da realização de qualquer procedimento com o paciente. O próximo passo será a sensibilização e a capacitação das equipes multiprofissionais, para incentivo e consolidação da nova rotina. A troca entre as disciplinas das diferentes profissões podem sustentar a interação entre os profissionais, a articulação de saberes e fazeres, a horizontalidade nas relações e a participação nas tomadas de decisão, com base na construção de espaços para a elaboração e expressão de subjetividades⁽¹¹⁾.

Enfatizamos a necessidade de envolver além das equipes ligadas diretamente à Assistência, as lideranças e demais categorias profissionais atuantes na instituição. O desenvolvimento da “cultura da segurança” foi outro ponto importante e um grande desafio. Estabelecer uma ligação entre áreas que atuam na segurança do paciente com as demais atividades do NSP demonstra-se de suma importância para o sucesso deste trabalho. Inclui-se nesse aspecto a criação de estratégias que facilitem o intercâmbio das ações das diversas comissões

hospitalares, do setor de fluxos e processos, entre outros.

As instituições de saúde, tem se organizado de maneira a promover a cultura de segurança, por meio do aprimoramento organizacional, envolvimento dos pacientes e profissionais, no intuito de prevenir incidentes, induzindo a sistemas seguros e evitando a responsabilização individual. E posterior a esta etapa de conscientização dos profissionais e organização dos seus núcleos de segurança, o próximo passo a seguir é avaliar a cultura de segurança da instituição para poder programar ações para garantir um cuidado seguro e fazer intervenções específicas, conforme as necessidades daquela instituição⁽¹²⁾.

Dessa maneira, destacamos que inicialmente houve dificuldades para implantar o núcleo, mas com o tempo e o aprofundamento do tema e o amadurecimento da ideia da implantação, as dúvidas foram amenizadas e os aspectos positivos prevaleceram, e estão em constante crescimento, sempre tendo como foco, a tríade paciente/trabalhador/instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades encontradas, comuns frente a novas rotinas e mudanças no processo de trabalho, foi possível observar uma grande mudança na postura dos profissionais que atuam na instituição. A partir da criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente em abril de 2013 houve uma consolidação de todo o trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Segurança do Paciente, em conjunto com diversas comissões e grupos de trabalho. Assim, foi possível perceber a importância da disseminação de conceitos e estabelecimento de parcerias operacionais e gerenciais, de modo a difundir as melhores práticas na unidade hospitalar.

É relevante destacar que a participação de diferentes profissionais proporciona pensar soluções voltadas a prevenção de eventos adversos. De fato, promove a sensibilização e instrumentalização das ações pelos trabalhadores que atuam direta e indiretamente na assistência e a responsabilização não somente de uma categoria profissional.

REFERÊNCIAS

1. KOHN LT, CORRIGNAN JM, DONALDSON MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington: NationalAcademy Press; 2001.
2. World Health Organization. Joint CommissionResources.JointComission on International. Patient Safety Solutions.Solution 2: patient identification [Internet]. 2007 [cited 2011 Jan 11];1:8-11. Available from: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/> .
3. DONALDSON LJ, FLETCHER MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerousl. *Med J Aust*. 2006;184(10 Suppl):S69-72.
4. SILVA AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(3):422. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

6. CARNEIRO FS, BEZERRA ALQ, SILVA AEBC, SOUZA LP, PARANAGUÁ TTB, BRANQUINHO NCSS. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. RevEnferm UERJ. 2011; 19(2):204-11.
7. GALIZA, Dayze DF; MOURA, Orlando F.; BARROS, Valeria L.B; LUZ, Givaneide O.A. Preparo e administração de medicamentos: Erros cometidos pela equipe de enfermagem. Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo v.5 n.2 45-50 abr./jun. 2014.
8. TEIXEIRA TCA, CASSIANI SHB. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. Rev. Esc. Enferm. USP, Mar 2010; 44(1): 139-146.
9. SANTANA JCB et al. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. Enfermagem Revista. Belo Horizonte, maio 2012, 15 (1): 122-137.
10. WACHTER, R.M. Compreendendo a Segurança do Paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010.
11. MATOS, E; PIRES, DEP; SOUSA, GW. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. Rev. Bras. Enferm. Brasília. 2010;63 (5): 775-781.
12. TOMAZONI A, ROCHA PK, DE SOUZA S, ANDERS JC, MALFUSSI HFC. Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. 2014; 22(5): 755-63.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015-03-22
Last received: 2015-04-07
Accepted: 2015-04-07
Publishing: 2015-06-30