



ARTIGO RELATO DE EXPERIÊNCIA

IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM SERVIÇO DE SAÚDE

IMPLEMENTATION OF THE PATIENT SAFETY CORE IN A HEALTH SERVICE IMPLANTACIÓN DE BASE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN SERVICIO DE SALUD

Kely Cristina Carneiro de Azevedo¹, Adriana Marques Pereira de Melo Alves², Zirleide Carlos Félix³, Ana Cláudia Gomes Viana⁴

RESUMO

Objetivo: descrever a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em um serviço de saúde. **Método:** estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado a partir da vivência de enfermeiros diante da implantação do programa numa maternidade pública do município de João Pessoa (PB), Brasil. **Resultado:** o Ministério da Saúde tem, como primeira meta a ser implantada, a correta identificação do paciente e, seguida da meta referente à segurança na prescrição, o uso e a administração de medicamentos. Nesses aspectos, avançou-se. Como progresso, houve a implantação da pulseira de identificação no ato da admissão do paciente como, também, etiquetas vermelhas nos medicamentos de alta vigilância e intensificou-se a orientação da dupla checagem. **Conclusão:** a construção do plano de ação está de acordo com as necessidades advindas de nossa realidade e que novas metas e estratégias serão definidas para promover uma atenção mais segura ao paciente. **Descritores:** Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Cultura Organizacional.

ABSTRACT

Objective: to describe the implementation of the Patient Safety Center in a health service. **Method:** a descriptive study, a type of experience report, based on nurses' experience in the implementation of the program in a public maternity hospital in the city of João Pessoa (PB), Brazil. **Result:** the Ministry of Health has, as its first goal to implement the correct identification of the patient and, followed by the goal regarding safety in the prescription, use and administration of medicines. In these aspects, we advance. As progress, the identification bracelet was implanted at the patient's admission, as well as red labels on the high-vigilance drugs and we intensified the orientation of double checking. **Conclusion:** the construction of the plan of action is in accordance with the needs arising from our reality and that new goals and strategies will be defined to promote safer patient care. **Descriptors:** Patient Safety; Quality of Health Care; Organizational Culture.

RESUMEN

Objetivo: describir la implantación de la base de seguridad del paciente en un servicio de salud. **Método:** estudio descriptivo, de tipo estudio de caso, llevado a cabo a partir de la experiencia de enfermeros mediante la aplicación del programa en una maternidad pública del municipio de João Pessoa (PB), Brasil. **Resultado:** el Ministerio de Salud tiene como primer objetivo la correcta identificación del paciente y seguida de la meta relativa a la seguridad en la prescripción, el uso y administración de medicamentos, en estos aspectos, nos movemos. Como progreso, huve la implantación de la pulsera de identificación en el acto de la admisión del paciente, así como etiquetas rojas de medicamentos de alta vigilancia y se intensificó la doble verificación. **Conclusión:** la construcción del plan de acción está de acuerdo a las necesidades de nuestra realidad y que los nuevos objetivos y estrategias se establecen para promover una atención más segura para el paciente. **Descritores:** Seguridad del Paciente; Calidad de la Atención de la Salud; La Cultura Organizacional.

^{1,4}Enfermeiras, Especialistas em Enfermagem do Trabalho, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mails: kely_azevedo@hotmail.com; anacviana@hotmail.com; ^{2,3}Enfermeiras, Mestres em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mails: ffadriana@ig.com.br; zirleidefelix@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da década de 1990, houve um crescimento no número de ações judiciais contra profissionais e organizações da saúde. Isso ocorreu devido à preocupação com o aumento da regulação e a regulamentação da prestação de cuidado que definem a responsabilização dos envolvidos no “insucesso” de algum procedimento referente à segurança do paciente. Segundo um levantamento realizado no ano de 2008, pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), o número de processos ajuizados em decorrência de evento adverso aumentou 200% em seis anos.¹

Diante da fragilidade do sistema de saúde do Brasil, associada à falta de segurança do paciente perante a assistência, o Ministério da Saúde, em parceria com a ANVISA, em abril de 2013, priorizou essa problemática na agenda do sistema público e do sistema privado do país, a partir da portaria n° 529/2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visando especialmente a prevenir, a monitorar e a reduzir a incidência de Eventos Adversos (EA) nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e à qualidade de serviços de saúde no país.²

A Portaria envolve a promoção e o apoio à implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dos serviços de saúde, cujas principais tarefas, segundo a RDC n°36, constituem-se em elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de local de segurança do paciente, monitorando ações, implantando protocolos de segurança do paciente e realizando o monitoramento dos seus indicadores, participando, também, ativamente do sistema de notificações de incidentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da pesquisa de cultura de segurança do paciente, onde é obrigatório que os hospitais e os serviços de saúde, além de implantá-lo, notifiquem mensalmente eventos adversos associados à assistência à saúde.³

A ausência de estruturação do NSP constitui-se em uma infração sanitária, nos termos da lei n° 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo da responsabilidade civil, administrativa e penal cabíveis, sendo também obrigatória a elaboração do Plano de Segurança do Paciente, que servirá como um roteiro para os profissionais estabelecerem ações para promover a segurança e a qualidade dos processos de trabalho nos serviços de saúde.⁴

É nesse cenário que a segurança do paciente passa a ser um atributo da qualidade

do cuidado de saúde tão importante quanto a efetividade. Isso porque os eventos adversos envolvem custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias, constituindo sério problema de saúde pública.⁵

Com relação à equipe de saúde, estudos mostram que, dentre os profissionais da saúde, o corpo de enfermagem é a categoria mais suscetível a cometer eventos adversos, pois realiza diversas intervenções invasivas, talvez por permanecerem um tempo prolongado junto ao paciente. Associado a esses fatores, há ainda falhas individuais, ambientais, estruturais e processos mal sucedidos que, em conjunto, contribuem para a diminuição da segurança do paciente.⁶

Com o intuito de demonstrar que o empenho dos profissionais da saúde contribui para a construção de uma assistência ao parto e ao nascimento seguras, uma vez que esses profissionais são responsáveis pela eficiente assistência à mulher, ao recém-nascido e à família, vale ressaltar que a horizontalidade do assistir/cuidar da equipe de enfermagem estabelece uma relação mais próxima com as mães e com os recém-nascidos.

O surgimento e a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente nasceram a partir da preocupação com os danos causados ao paciente durante a prestação de serviços de saúde. Diante do exposto, este objetiva descrever a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em um serviço de saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado com profissionais da saúde que participaram do processo de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) em um serviço de saúde na cidade de João Pessoa (PB), Brasil. Com a implantação do NSP, o olhar tornou-se direcionado para a prestação de uma assistência segura à mãe e ao filho.

Em 1º de abril de 2013, foi instituído o PNSP, que disponibilizou alguns protocolos para a consulta pública. Em agosto do mesmo ano, a ANVISA publicou um edital direcionado à Rede Sentinela, para a seleção de hospitais que quisessem servir de referência e apoio à implantação do Núcleo de Segurança do Paciente.

Para tanto, os hospitais que se candidatassem deveriam atender a algumas exigências estabelecidas no critério da seleção, tais como: fazer parte da Rede Sentinela e ter implantado, pelos menos, três dos seis protocolos lançados. Essas exigências

Azevedo KCC de, Alves AMPM, Félix ZC et al.

nos contemplaram, haja vista que já se trabalhava com o protocolo de Higiene das mãos e com o protocolo de prevenção a Úlcera por pressão, além de termos efetivamente o Plano de Fármaco Vigilância, conjuntamente com a Portaria do NSP. Logo, o serviço se tornou parte dos 53 hospitais nacionais tidos como referência para implantação do NSP, cuja finalidade é promover ações que visem à melhoria da segurança por meio do Plano de Segurança do Paciente, estabelecendo estratégias e gestão do risco.

Conforme preconiza as Diretrizes da ANVISA, a alta direção do hospital é quem nomeia os participantes para integrar o Núcleo de Segurança do Paciente. Como já se cumpria há algum tempo o protocolo de higiene das mãos, o qual mostra que estas são consideradas as principais vias de disseminação de infecções relacionadas com a assistência à saúde, a alta direção do hospital resolveu nomear a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar como representante oficial da luta contra as infecções relacionadas com a assistência à saúde.

Foram disponibilizados, em consulta pública, os seis protocolos pelo Ministério da Saúde, entre abril e maio de 2013, os quais são instrumentos desenvolvidos com o objetivo de auxiliar as decisões sobre os cuidados de saúde adequados para as condições clínicas específicas e que têm potencial de grande impacto na segurança do paciente, pois podem facilitar a disseminação de práticas eficazes na redução de erros.^{7,8} No hospital em estudo, a divulgação dos seis protocolos (Protocolo de Higienização das mãos, Prevenção de Quedas, Identificação do paciente, Cirurgia Segura, Úlcera de Pressão e Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos) ocorreu de forma coletiva, com a participação de todos os membros envolvidos e designados do Núcleo de Segurança do Paciente. A estratégia utilizada foi a divisão de todo o pessoal em equipes, onde cada uma apreciou um protocolo. Em seguida, houve o momento de socialização de cada equipe com o grupo.

Na sequência, apresentou-se o Programa de Segurança do Paciente aos gestores, ao corpo clínico, aos profissionais dos serviços de saúde e aos usuários. O material didático utilizado constituiu-se de vídeos do ministro da Saúde vigente (Alexandre Padilha) e de cubos contendo os nomes de cada protocolo. Aconteceram palestras no auditório com explicação *in loco* nos setores da maternidade, e foi aplicado ainda recurso

Implantação do núcleo de segurança do paciente...

auditivo (rádio interna), adaptando-se os protocolos à realidade do hospital.

Nessa lógica de melhoria, adaptaram-se os formulários de notificação de eventos adversos, usados para monitoramento, planejamento e medidas de melhoria, constituindo-se ainda um grande desafio incentivar uma cultura de segurança ao indivíduo que notifica, para que este não se sinta amedrontado, mas que tenha uma comunicação sempre proativa.

RESULTADO

Com o intuito de promover ações para a segurança do paciente e prestar uma assistência mais segura e qualificada, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) vem como um mosaico a cada dia sendo construído e, ao mesmo tempo, adaptando o plano de segurança do paciente, haja vista que o mesmo ainda encontra-se em processo de consolidação.

Como avanço, tem-se um cumprimento de metas outrora idealizadas. A exemplo disso, pode-se citar a primeira meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, a correta identificação do paciente, que se conseguiu implantar, no ato da admissão do paciente, por meio do uso de pulseiras com três identificações, conforme sugeridas pelo Protocolo de identificação do paciente, que exige, pelo menos, dois elementos qualificadores, compondo uma estratégia para a promoção de uma prática assistencial segura. Ficou constatado que tal prática tem incorrido, de fato, na redução de erros.

Outra meta que tem sido discutida constantemente é a que se refere à segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos. Diante de erros cometidos, como a não identificação do nome do paciente na prescrição ou o registro de nomes incompletos e até ilegíveis, dentre outros, pensou-se, como iniciativa para uma possível solução, na inclusão do restante de alguns setores nos quais ainda não há prescrição digitalizada, ou eletrônica, com a possibilidade de uma comunicação direta com a farmácia. Outra medida pensada e efetivada foi a de atrair a atenção aos medicamentos de alta vigilância, onde têm sido utilizadas etiquetas vermelhas como barreira de proteção para dirimir esses erros. Outra medida adotada foi a intensificação da dupla checagem dos medicamentos, tanto no ato de recebimento da medicação, quanto durante a administração do mesmo. Cabe ressaltar que, apesar dos esforços e das orientações para a dupla checagem, essa ação não se configura ainda uma prática rotineira entre os

Azevedo KCC de, Alves AMPM, Félix ZC et al.

profissionais envolvidos no processo de segurança.

DISCUSSÃO

O estudo tem mostrado que, embora o plano de ação ainda esteja incipiente, avanços são notórios na promoção da qualidade e da segurança de uma assistência à saúde do paciente plena e eficaz.

Portanto, fica constatado que uma correta identificação do paciente é o princípio da segurança e que as falhas referentes dos medicamentos configuram-se numa cadeia de erros que precisa ser rompida desde a ponta do processo até a chegada ao destino final, que é a administração. A inadequada comunicação é a principal causa de erros cometidos entre os diversos profissionais da saúde.

Diante do exposto, torna-se essencial mencionar que se está em processo de criação do plano de ação, de acordo com as necessidades advindas da nossa realidade, e que novas metas e estratégias serão definidas para promover uma atenção à saúde livre de danos e mais segura ao paciente.

Para se construir uma assistência mais segura ao paciente, é necessário o empenho de todos os profissionais de saúde, além da gestão e até mesmo do próprio usuário. Para corroborar a eficácia de implantação e implementação do PNSP, é imperativa a cooperação dos inúmeros componentes envolvidos para vencer os desafios e promover as medidas de segurança cabíveis.

CONCLUSÃO

A criação de uma cultura de segurança para que o cuidado seja efetivo sob a ótica dos profissionais que compõem o corpo de enfermagem é fragilizado desde o processo de formação profissional, sendo necessário, portanto, inserir uma educação permanente.

Nesse sentido, vale ressaltar que criar ações preventivas para a mitigação de eventos adversos, promover ações para a gestão de risco, articular a comunicação intersetorial e compartilhar o plano de segurança do paciente constituem ferramentas importantes no processo de um cuidar seguro.

Não obstante às iniciativas adotadas e políticas públicas direcionadas à promoção de uma assistência à saúde segura, livre de danos e eventos adversos aos pacientes, encontram-se, ainda, muitos entraves que são atribuídos à falta de planejamento da gestão referentes a recursos financeiros insuficientes para efetivar o plano de ação. Refletindo nessa lógica, sabe-se que esse problema financeiro, que atinge todo nosso território nacional, vem como vieses em forma de barreiras que deixa

Implantação do núcleo de segurança do paciente...

a todos atônitos e menos pragmáticos, portanto, para uma prática assistencial segura ao paciente, deve-se não apenas implantar esses protocolos, mas também articular uma vigilância contínua quanto à prática dessas ações.

REFERÊNCIAS

1. Cavalieris S. Programa de responsabilidade civil. 7th. ed. São Paulo: atlas; 2007.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2014 May 5]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013: ações para segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1997. Configura infrações a legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília [Internet]. 1977 [cited 2014 Apr 13]. Available from: www.camara.leg.br/sileg/integras/520839.pdf
5. Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualizing and developing interventions. QualSaf Health Care [Internet]. 2008 [cited 2009 Dec 5];17(3):158-62. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519620
6. Nunes FDO, Barros LAA, Azevedo RM, Paiva SS de. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? Rev pesqui cuid fundam (Online) [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 10];6(2):841-47. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3007/pdf_1297.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 25 set 2013.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária- Brasília: Anvisa; 2014.

Submissão: 21/06/2016

Aceito: 03/11/2016

Publicado: 01/12/2016

Correspondência

Kely Cristina Carneiro de Azevedo
Cidade Universitária, s/n-
Bairro Castelo Branco
CEP 58051-900 – João Pessoa (PB), Brasil