

SEGURANÇA DO PACIENTE:

**Manual de orientações quanto à
competência técnico-científica, ética e
legal dos profissionais de enfermagem**



**BELO HORIZONTE - MG
2020**



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS
CÂMARA TÉCNICA**

SEGURANÇA DO PACIENTE:

**manual de orientação quanto à competência técnico-científicas, ética e
legal dos profissionais de enfermagem.**

BELO HORIZONTE-MG

2020

2020, Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais

Segurança do paciente: Manual de orientação quanto à competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de enfermagem.

Qualquer parte desta publicação poderá ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: <http://www.corenmg.gov.br/manuais>

Coordenação Adjunta da Câmara Técnica:

Andréia Oliveira de Paula Murta

Autores:

Andréia Oliveira de Paula Murta

Angela de Souza Floriano

Antônio José de Lima Junior

Fabiana Guerra Pimenta

Flávia Sampaio Latini Velásquez

Gilberto Gonçalves de Lima

Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro

Colaboração:

Thais Zielke Dias Cardoso

Rayssa Ayres Carvalho

Revisão:

Flávia Sampaio Latini Velásquez

Revisão Ortográfica:

Eduardo Eustáquio Chaves Durães Júnior

Mestre em Estudos de Linguagem

MG 05149 JP – Jornalista Profissional

Licenciado em Letras

PLENÁRIO DO COREN-MG (2018-2020)

DIRETORIA DO COREN-MG:

Presidente: Carla Prado Silva

Vice-Presidente: Lisandra Caixeta de Aquino

Primeiro-Secretário: Érico Pereira Barbosa

Segundo-Secretário: Gustavo Adolfo Arantes

Primeira-Tesoureira: Vânia da Conceição Castro Gonçalves Ferreira

Segunda-Tesoureira: Vanda Lúcia Martins

DEMAIS MEMBROS EFETIVOS DO PLENÁRIO:

Christiane Mendes Viana

Elânia dos Santos Pereira

Ernandes Rodrigues Moraes

Fernanda Fagundes Azevedo Sindeaux

Iranice dos Santos

Jarbas Vieira de Oliveira

Karina Porfírio Coelho

Lucielena Maria de Souza Garcia Soares

Maria Eudes Vieira

SUPLENTE:

Alan Almeida Rocha

Cláudio Luís de Souza Santos

Elônio Stefaneli Gomes

Enoch Dias Pereira

Gilson Donizetti dos Santos

Jaime Bernardes Buenos Junior

Kássia Juvêncio

Linda de Souza Leite Miranda Lima

Luciana de Oliveira Bianchini

Maria Magaly Aguiar Cândido

Mateus Oliveira Marcelino

Simone Cruz de Melo

Valdecir Aparecido Luiz

Valéria Aparecida dos Santos Rodrigues

COMITÊ PERMANENTE DE CONTROLE INTERNO

Elânia dos Santos Pereira

Iranice dos Santos

Jarbas Vieira de Oliveira

DELEGADAS REGIONAIS

Efetiva: Carla Prado Silva

Suplente: Lisandra Caixeta de Aquino

SEDE:

Rua da Bahia, 916 – 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º andares
Centro - Belo Horizonte, MG
CEP: 30160-011
Telefone: (31) 3238-7500
www.corenmg.gov.br

SUBSEÇÕES:**GOVERNADOR VALADARES**

Av. Sete de Setembro, 2716
1º andar, Ed. Medical Center
Centro - Governador Valadares, MG
CEP: 35.010-172
Telefone: (33) 3279-5076

JUIZ DE FORA

R. Batista de Oliveira, 470, Sala 701
Centro - Juiz de Fora, MG
CEP: 36.010-120
Telefone: (32) 3213-3302

MONTES CLAROS

R. Correia Machado, 1025
Ed. Premier Center Salas 103, 104
e 105
Centro- Montes Claros, MG
CEP: 39.400-090
Telefone: (38) 3215-9992 / 3216-9100

PASSOS

R. Dr. Manoel Patti, 170 A
Salas 2 e 4
Centro – Passos, MG
CEP: 37.900-040
Telefone: (35) 3526-5821

POUSO ALEGRE

R. Bernardino de Campos, 39
Sala 2, Centro - Pouso Alegre, MG
CEP: 37.550-000
Telefone: (35) 3422-1961

TEÓFILO OTONI

R. Dr. Manoel Esteves, 323
Salas 105 e 107 Centro
Teófilo Otoni, MG CEP: 39.800-090
Telefone: (33) 3522-1661

UBERABA

Av. Leopoldino de Oliveira, 3490
Sala 601 Centro – Uberaba, MG
CEP: 38.010-000
Telefone: (34) 3338-3708

UBERLÂNDIA

Av. Getúlio Vargas, 275 Sala 605
Centro - Uberlândia, MG
CEP: 38400-299
Telefone: (34) 3210-0842

VARGINHA

Praça Champagnat, 29 - 2º andar
Sala 200, Edifício Sílvio Massa
Centro
Varginha, MG CEP: 37.002-150
Telefone: (35) 3222-3108 / 3197

UAI Divinópolis

Rua Goiás, 206 Centro
Divinópolis, 35.500-001
Telefone: (37) 3214-2212 / 3213-6473

UAI Patos de Minas

Avenida José de Santana, 1307
Centro
Patos de Minas, CEP: 38700-528
Telefone: (34) 3821-3445
3823-9723/ 7419/ 7519/ 9750

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 ANÁLISE ÉTICA E LEGAL SOBRE A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS NOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	19
3 ETAPAS DA IMPLANTAÇÃO DO NSP	24
4 IMPLANTAR O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	25
5 ELABORAR O PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	29
6 DIAGNOSTICAR O PERFIL DA INSTITUIÇÃO	32
7 REALIZAR A PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA.....	35
8 PROMOVER A CULTURA DE SEGURANÇA NO SERVIÇO DE SAÚDE.....	39
8.1 Treinamentos e sensibilização para a cultura de segurança do paciente	43
9 DEFINIR QUAIS PROTOCOLOS SE APLICAM AO PERFIL INSTITUCIONAL E PLANEJAR A SUA IMPLANTAÇÃO	48
9.1 Identificação do Paciente.....	48
9.2 Segurança na Prescrição, Uso e administração de Medicamentos	49
9.3 Cirurgia Segura.....	50
9.4 Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde	52
9.5 Prevenção de Quedas	52
9.6 Prevenção de Lesão por Pressão	53
10 NOTIFICAR INCIDENTES E NÃO CONFORMIDADES	57
10.1 Modelo mínimo de notificações	59
10.2 Notificar no Notivisa	60
10.3 Notificação de Não Conformidades (NC).....	61

10.4 Desvio de qualidade ou queixa técnica	65
10.5 Reação adversa ou Efeito colateral	66
11 ANÁLISE DE INCIDENTES	69
11.1 Definir os passos da análise de incidentes.....	69
11.2 Definir os incidentes que serão analisados	72
11.3 Respostas às notificações.....	74
11.4 Divulgação dos incidentes.....	74
12 AVALIAR EFICÁCIA DOS PROTOCOLOS	76
12.1 Análise de Indicadores.....	76
11.2 Auditorias de processo / clínica.....	79
13 SEGURANÇA DO PACIENTE EM SETORES ESPECÍFICOS	84
13.1 - Segurança do paciente na saúde mental	84
13.2 Segurança do paciente na atenção primária à saúde	88
13.3 Segurança do paciente no Atendimento Pré-hospitalar (APH)	94
14 A RELAÇÃO COM O ACOMPANHANTE E O DISCLOSURE.....	97
15 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS REGISTROS DE ENFERMAGEM	102
16 O FLUXOGRAMA DE ATOS INSEGUROS	106
17 A SEGUNDA VÍTIMA.....	110
18 CULTURA JUSTA E CARÁTER PREVENTIVO X CARÁTER PUNITIVO DOS CONSELHOS.....	112
CONCLUSÃO	117
APÊNDICES	121

APRESENTAÇÃO

Prezada(o) profissional de Enfermagem,

Após muitos estudos e dedicação dos profissionais da Câmara Técnica do Coren-MG, que é composta por doutores, mestres e especialistas em várias áreas da Enfermagem, apresentamos a publicação “Segurança do Paciente: Manual de orientações quanto à competência técnico-científica, ética e legal dos profissionais de Enfermagem”.

A segurança do paciente é um tema que está cada vez mais presente nos serviços de saúde e tem se tornado um dos assuntos prioritários para a Enfermagem. Nas últimas décadas, as instituições de saúde têm aumentado seus esforços em busca de assegurar uma assistência de qualidade, livre de erros e eventos adversos.

Neste contexto, a equipe de Enfermagem tem o importante papel de proporcionar uma assistência de qualidade, eficiente, eficaz e segura ao paciente. Sabemos que este trabalho tem de ser diário e envolve profissionalismo, dedicação e muito estudo. Afinal, são vários os aspectos a serem considerados quando o assunto é segurança do paciente.

Entre os temas presentes no manual estão a análise ética e legal sobre a atuação dos enfermeiros nos núcleos de segurança do paciente (NSP) e como implantá-los, como promover a cultura de segurança no serviço de saúde e definir quais protocolos se aplicam ao perfil institucional e planejar a sua implantação, análise de incidentes, como avaliar eficácia dos protocolos, judicialização da saúde e os registros de Enfermagem, entre outros.

Não temos a pretensão de esgotar o assunto com este manual. No entanto, estamos certos de que ao longo dos 17 capítulos da publicação, você, profissional de Enfermagem, terá acesso a informações fundamentais sobre o tema, que o ajudarão a exercer a Enfermagem com ainda mais profissionalismo.

Boa leitura!



Enf.^a Carla Prado Silva
Presidente do Coren-MG

1 INTRODUÇÃO

Andréia Oliveira de Paula Murta

Há muitos anos, o mundo já havia despertado para as inseguranças dos processos assistenciais nos serviços de saúde e para a necessidade de se adotarem medidas de prevenção, monitoramento e contingenciamento. Hipócrates (460 a 370 a.C.), pai da medicina ocidental, disse que poderia haver erros e a ele é atribuído o aforisma *Primum Non Nocere*, ou seja, primeiro não causar dano, chamando a atenção para que a assistência ao paciente não deveria gerar consequências negativas às pessoas doentes. Florence Nightingale, já dizia, em 1859, que “talvez seja estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”. Florence evidenciou que práticas de higiene e padrões de cuidados eram capazes de reduzir a mortalidade entre os sobreviventes de guerras (BUENO, 2018; WATCHER, 2010; PEREIRA, 2009).

A ideia de que eventos indesejáveis ocorriam dentro dos serviços destinados à recuperação e promoção da saúde era antes inconcebível e comumente relacionada à maus profissionais, profissionais que não foram treinados ou mesmo criminosos. Aos poucos, os estudos apontaram que incidentes podem ocorrer, decorrentes de atos intencionais ou não intencionais, com dano ou não ao paciente, em qualquer instituição (BUENO, 2018).

Os incidentes decorrem de falhas nos processos de trabalho (sistema) ou em atos inseguros praticados pelos profissionais que estão em contato com esse sistema. São fatores associados ao profissional: a fadiga, o stress, fome, falta de atenção ou capacidade de memória limitada, por exemplo, ao passo que as falhas decorrentes do sistema estão relacionadas à disponibilidade e clareza de protocolos, à adequação de equipamentos e insumos e, principalmente, à cultura organizacional, dentre outros (MENDES, 2007).

Aos poucos, a cultura de culpabilidade foi sendo substituída pelas oportunidades de melhoria nos processos de trabalho, fundamentada no modelo do queijo suíço de James Reason (2000, *apud* NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015). A partir da tríade "gestão de estrutura, processo e resultado" de Donabedian (1994), a

segurança do paciente passou a ser vista como resultado de um processo de trabalho de qualidade.

A segurança do paciente perpassa cada vez mais pela relação do profissional com o paciente/acompanhante/família e pelo trabalho em equipe, como formas de prevenção e a comunicação dos desfechos indesejáveis (disclosure) visando à transparência e minimização de judicializações. A judicialização de erros médicos nos Estados Unidos foi um dos principais motivos para que o tema da segurança fosse discutido com maior enfoque (WACTHER, 2010).

O relatório do Institute of Medicine, *To err is human: building a safer healthcare system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), de 1999, foi um marco internacional na segurança do paciente, ao tornar público que ocorriam erros nos estabelecimentos de saúde e que estes geram eventos indesejáveis e até mesmo a morte durante a hospitalização. Segundo Reason (2000), o erro consiste em uma falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Tal definição de erro é a atualmente utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o propósito de melhorar a qualidade dos serviços assistenciais e a segurança do paciente, a qual, por sua vez, periodicamente passou a apresentar os desafios globais, sendo que já foram estabelecidos (COSTA *et al.*, 2020):

QUADRO 1 - DESAFIOS GLOBAIS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	
2005	Primeiro Desafio Global: “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”
2008	Segundo Desafio Global: “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”
2017-2018	Terceiro Desafio global: “Medicação sem danos”

Fonte: Elaborado pela Câmara Técnica, 2020.

Os desafios globais são importantes à medida em que identificam áreas de risco prioritárias para a criação de estratégias que irão reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionados ao processo assistencial, tais como o estabelecimento de protocolos e a implantação de barreiras para a ocorrência dos erros (ISMP, 2018). Cada desafio possui metas e objetivos específicos, sendo organizados em áreas prioritárias, programas de desenvolvimento e ações globais

(WHO, 2017). O Brasil participa e está comprometido com a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

A OMS também criou a Classificação Internacional de Segurança do paciente, que visa organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente. Sua concepção reúne as percepções internacionais para facilitar a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da informação para melhorar os cuidados aos doentes (BRASIL, 2014). Seguem alguns conceitos-chave do ICPS:

QUADRO 2 - CONCEITOS PRINCIPAIS DA SEGURANÇA DO PACIENTE	
Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
Near miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: (BRASIL,2014).

Em 2010, a OMS lançou os *International Patient Safety Goals* (IPSG) ou Metas Internacionais para a Segurança do Paciente:

1. identificar os pacientes corretamente;
2. melhorar a comunicação efetiva;
3. melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância;
4. assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos;
5. reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde;
6. reduzir o Risco de Lesões ao Paciente, decorrentes de Quedas.

No Brasil, na década de 90, muitas instituições iniciaram as ações de gerenciamento de riscos, incentivadas pelas práticas internacionais e pelos processos de certificação de qualidade. Dentre esses serviços, destacam-se como pioneiros os de transfusão sanguínea e anestesia (BRASIL, 2014). Em 2001, criam-se os Hospitais Sentinela, no intuito de “ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados nos serviços de saúde” (BUENO, 2018).

Em 2005, criou-se a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em Concepción, no Chile, oportunidade em que foram discutidas as prioridades e as necessidades de estudos para fortalecer não só o cuidado de enfermagem, mas também a gestão, investigação, informação e educação na área da Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP, 2013). Em 2008, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp), demonstrando o envolvimento e compromisso dos profissionais de enfermagem com a temática (NASCIMENTO, DRAGANOV, 2015). A Rebraensp é uma estratégia que objetiva fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade por meio de articulação e cooperação entre instituições de saúde e educação (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

Em 2009, a Portaria MS nº 1.660, de 22 de julho de 2009, cria o Notivisa, sistema informatizado para o recebimento de notificação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária. Apesar disso, apenas em 2011 houve uma iniciativa mais significativa por parte do governo brasileiro: a publicação da RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, que trouxe as primeiras definições sobre gerenciamento de riscos na legislação nacional.

O gerenciamento de riscos visa reduzir a chance de um incidente ocorrer e, caso ele ocorra, que seus efeitos sejam os menores possíveis. Para isso são preconizados a padronização de condutas, treinamentos, protocolos clínicos das melhores práticas, comunicação efetiva e cultura da segurança (PEREIRA et. al., 2020).

Os serviços de saúde são entendidos como “os estabelecimentos de saúde destinados a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes” (ANVISA, 2011). Portanto, a normativa alcança toda a rede de atenção à saúde e não apenas o arcabouço

hospitalar, demonstrando que inclusive a atenção primária e instituições de todos os níveis de complexidade devem incluir estratégias para a segurança do paciente.

O artigo 8º da RDC nº63/2011 definiu que:

O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como:

- I. Mecanismos de identificação do paciente;
- II. Orientações para a higienização das mãos;
- III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionadas à assistência à saúde;
- IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;
- VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência (ANVISA, 2011).

Percebe-se que as ações trazidas pela RDC nº63/2011 nada mais são que as metas internacionais para a segurança do paciente lançadas em 2010 pela OMS, demonstrando que o Brasil passaria a acompanhar o movimento internacional de segurança do paciente no mesmo passo que os demais países.

As ações são fundamentadas na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. Além disso, a norma determinou que os serviços de saúde deveriam possuir regimento interno e dar tratamento às reclamações e aos desvios de qualidade:

Art. 7º as reclamações sobre os serviços oferecidos devem ser examinadas, registradas e as causas dos desvios da qualidade, investigadas e documentadas, devendo ser tomadas medidas com relação aos serviços com desvio da qualidade e adotadas as providências no sentido de prevenir reincidências. (ANVISA, 2011).

Dois anos depois, a Resolução nº 529, de 01 de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”. Esta resolução institui o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, que conta, inclusive, com a participação de um membro do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Destaca-se aqui a multidisciplinariedade do Comitê, criado com a participação de representantes de várias entidades, secretarias e áreas do conhecimento em saúde. Uma das funções do CIPNSP é a proposição de protocolos/manuais para a segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

Ainda em 2013, a Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013, aprova os Protocolos de Segurança do Paciente: Protocolo de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão. E a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente: o Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013b, 2013c).

Todas as regulamentações ressaltam os princípios e diretrizes da segurança do paciente, tais como:

- Criação de cultura de segurança;
- Execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco;
- A integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde;
- As melhores evidências disponíveis;
- A transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças.

No mesmo ano, a RDC nº 36, de 26 de julho de 2013, dispôs sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, passando a exigir a nomeação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nessas instituições. Esta Resolução se aplica aos serviços públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo os de ensino e pesquisa. Foram excluídos do escopo apenas os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. (ANVISA, 2013).

A cultura de segurança do paciente é o item primordial para o avanço das ações de prevenção. Uma cultura punitiva quanto aos erros, que não cultiva os atos

seguros se torna cada vez mais perigosa para a instituição (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

A norma estabeleceu ainda, como competência do NSP, dentre outras, a implantação de protocolos de segurança do paciente e a notificação dos eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A RDC n° 36/2011 é bastante clara ao definir que a nomeação do NSP é da alta direção dos serviços. Nos serviços públicos, a nomeação deve ser realizada pelo gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi estabelecido que o NSP deve contar com “um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde”. Historicamente, os enfermeiros vêm ocupando este espaço e coordenando os Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde. Isso se deve ao seu conhecimento administrativo adquirido na graduação, da familiaridade com a elaboração padrão, de sua capacidade de gerenciamento de cuidados, dentre outras, possuindo assim competência técnico-científica para conduzir os programas de segurança do paciente das instituições.

Os profissionais de enfermagem são parte deste processo, à medida que a qualidade do serviço de saúde está intimamente correlacionada à qualidade da assistência prestada por estes aos pacientes. A capacidade de se aprimorar na assistência livre de danos, com os maiores benefícios, os menores riscos e com gastos cada vez menores é o que as instituições de saúde mais almejam: eficiência, eficácia e custo reduzido (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Uma quantidade significativa de artigos científicos trata da importância do profissional de enfermagem no contexto do gerenciamento de riscos. Pereira *et al.*(2020) concluem que sendo a enfermagem um dos pilares para a segurança do paciente, há necessidade de capacitação profissional a fim de qualificar a tomada de decisão e o gerenciamento das ações de enfermagem, com intuito de adotar medidas que visem a segurança do paciente e assistência livre de danos de imperícia, imprudência e negligência. Sendo a imperícia o ato de realizar algo sem possuir conhecimento, ou seja, sem perícia; a imprudência o ato de realizar algo sem cautela, de modo precipitado; e a negligência é a omissão de um cuidado, agir com descaso (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Este manual objetiva orientar os enfermeiros que assumem a função de Coordenador do NSP, principalmente nos serviços de saúde que ainda não se

aprofundaram na temática, auxiliando no amadurecimento das práticas profissionais e fornecendo ferramentas a fim de facilitar a implantação da cultura da segurança do paciente, os protocolos obrigatórios e elaboração do plano de segurança do paciente do serviço de saúde.

A literatura de segurança do paciente é, atualmente, muito vasta. Não é objetivo deste manual proceder a uma revisão de artigos científicos ou indicar as melhores práticas, mas fornecer um guia para os Enfermeiros que precisam de um ponto de partida, pautado no exercício ético e legal. Além disso, busca-se respaldar e nortear os profissionais de enfermagem nas ações de segurança do paciente que são de sua competência.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 63**, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2011. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664. Acesso em: 27 jul. 2020.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 27 jul.2020.

BRASIL. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do paciente**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 27 jul. 2020.

_____. **Portaria 1.660**, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

_____. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

_____. **Portaria nº1.377**, de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095**, de 24 de setembro de 2013c. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

BUENO, Andressa Aline Bernardo; FASSARELLA, Cintia Silva. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica PatientSafety: a reflection on its historical trajectory. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 24, n. 10, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Cintia_Fassarella/publication/313390048_Seguranca_do_paciente_Uma_reflexao_sobre_sua_trajetoria_historica/links/5ef65baaa6fdcc4ca4338ec5/Seguranca-do-paciente-Uma-reflexao-sobre-sua-trajetoria-historica.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS. Desafio Global de segurança do paciente: medicação sem danos. **ISMP Brasil**, v. 7, n. 1, p. 2-6, 2018. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

NASCIMENTO, João Costa; DRAGANOV, Patrícia Bover. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem revista eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

NASCIMENTO, Anna Carolina Barcellos Coutinho *et al.* Erro médico e prevenção de ações judiciais: Análise dos deveres anexos na relação médico-paciente para além da assistência técnica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 8717-8731, 2020.

MENDES. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil**. 2007. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

PEDREIRA, M.L.G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 5-6, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 set. 2020.

PEREIRA, Arthur Silva *et al.* Qualidade e Gestão em Enfermagem: Gerenciamento da Segurança do Paciente. **Revista de Psicologia**, v. 14, n. 49, p. 450-457, 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2329>. Acesso em: 10 nov. 2020.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE.

Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde.

Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2020.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente.** Porto Alegre: Artmed; 2010

2 ANÁLISE ÉTICA E LEGAL SOBRE A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS NOS NÚCLEOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Andréia Oliveira de Paula Murta

Os enfermeiros possuem competência legal para participar e coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente, uma vez que a Lei Federal nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87 definem que ao Enfermeiro compete:

- II - como integrante de equipe de saúde: [...]
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem. (BRASIL, 1986, 1987).

Tal competência guarda íntima relação com os processos de segurança do paciente, demonstrando que o exercício profissional do Enfermeiro já vem sendo preparado para ações preventivas e mitigação de danos relacionados à assistência.

Conforme o Decreto Federal nº 94.406/87, compete ao Enfermeiro também:

- I - Privativamente: [...]
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem. (BRASIL, 1986, 1987).

Portanto, a avaliação da assistência de enfermagem e a emissão de parecer a seu respeito são atividades privativas do Enfermeiro, resguardando por força de Lei a sua consultoria ao analisar se um evento adverso pode ou não estar relacionado à assistência de enfermagem.

A Lei do Exercício Profissional e o Decreto Regulamentador também definem outras competências do Enfermeiro que podem ser relacionadas à segurança do paciente, tais como:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; [...]
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões; [...]
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica; [...]
- n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada. (BRASIL, 1986, 1987).

Além do Enfermeiro coordenador do Núcleo de Segurança do Paciente, o Enfermeiro responsável pelo serviço de enfermagem e os Enfermeiros assistenciais

também possuem participação primordial na promoção de medidas de segurança, tais como a mensuração de indicadores, a adoção de protocolos assistenciais e o acompanhamento do desempenho técnico da sua equipe, conforme legislação do exercício profissional.

Sob o aspecto ético, há de se ressaltar a Resolução Cofen n° 564/2017: o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE). Atualizado em 2017, o CEPE ressalta vários artigos sobre os direitos, deveres e proibições dos profissionais de enfermagem que possuem interface com a segurança do paciente.

Talvez o artigo mais conhecido e mais citado seja o que traz como dever do profissional de enfermagem:

Art. 45 Prestar assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. (COFEN 2017).

Porém, há outros artigos que demonstram que a revisão do CEPE, em 2017, trouxe especial atenção à segurança do paciente permeando as diretrizes dos protocolos e as metas internacionais.

O aperfeiçoamento técnico-científico dos profissionais, o conhecimento dos protocolos clínicos e a prática baseada em evidências são alguns dos princípios da segurança do paciente. No CEPE encontram-se três artigos que fazem menção a esses preceitos:

DIREITOS Art. 6º - Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

[...]

DEVERES Art. 54 - Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

DEVERES Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão. (COFEN, 2017).

É importante destacar que o aprimoramento técnico não é apenas um dever dos serviços de saúde, mas também do profissional que deve ser orientado com o objetivo de prestar a melhor assistência possível ao paciente.

Também é importante exercer a comunicação efetiva, a fim de que não sejam realizados procedimentos incorretos, em duplicidade ou mesmo a sua omissão, o que também pode ser prejudicial. Quanto a este aspecto, o CEPE traz como direitos dos profissionais de enfermagem:

DIREITOS Art. 7º - Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

[...]

DIREITOS Art. 10° - Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração. (COFEN, 2017).

Parte importante da comunicação efetiva entre os profissionais de saúde consiste nos registros adequados em prontuário. O CEPE traz vários artigos sobre a questão, a fim de garantir que sob o ponto de vista ético os profissionais de enfermagem observem:

DIREITOS Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

DIREITOS Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

PROIBIÇÕES Art. 87 Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

PROIBIÇÕES Art. 88 Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional. (COFEN, 2017).

Outro fator muito importante para a segurança da sociedade durante a assistência em saúde é que somente pessoas legalmente habilitadas possam exercer as suas respectivas profissões. Atividades médicas, de enfermagem e de outras áreas da saúde, quando exercidas por leigos, trazem grande risco à saúde da população. Quanto à habilitação para realização de procedimentos, o CEPE descreve que:

DIREITO Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

DEVER Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

PROIBIÇÃO Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

PROIBIÇÃO Art. 81 Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

PROIBIÇÃO Art. 91 Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência. Parágrafo único. Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.

PROIBIÇÃO Art. 92 Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente.

Parágrafo único. O dispositivo no caput não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado. (COFEN, 2017).

Uma das atividades de enfermagem de maior impacto para a segurança do paciente, muito relacionada a eventos adversos, é a administração de

medicamentos. Por isso, houve uma especial preocupação na revisão do CEPE, ressaltando que:

DIREITOS Art. 46 Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

PROIBIÇÕES Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

PROIBIÇÕES Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

PROIBIÇÕES Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa. (COFEN, 2017).

Quanto ao envolvimento do paciente, sua família e/ou responsável, no próprio cuidado, o CEPE trouxe considerações relacionadas a:

DEVERES Art. 39 Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

DEVERES Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

DEVERES Art. 50 Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial.

Parágrafo único. Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal. (COFEN, 2017).

Há ainda o dever do profissional de enfermagem de garantir a continuidade e a segurança da atividade assistencial:

DEVERES Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Parágrafo único. Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente. (COFEN, 2017).

Destaca-se que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem realiza um apontamento acerca da necessidade do próprio profissional responsabilizar-se pelas falhas cometidas.

DEVERES Art. 51 Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

Parágrafo único. Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente. (COFEN, 2017).

Ressalta-se que a ação de reconhecimento do próprio erro pelo profissional de enfermagem é fator atenuante nos processos éticos profissionais, quando

instituídos, e ainda extremamente importante na detecção precoce dos eventos adversos e mitigação das falhas.

Assim sendo, os profissionais de enfermagem possuem autonomia, participam da prática multiprofissional e estão comprometidos com a promoção e a restauração da saúde, proporcionando cuidado profissional seguro e livre de danos (COFEN, 2017). O Enfermeiro é agente pró-ativo e essencial na formação, organização e coordenação dos Núcleos de Segurança do Paciente, assim como na propagação dos preceitos essenciais e diretrizes de segurança do paciente no cotidiano assistencial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 94.406**, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº7. 498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 564**, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

3 ETAPAS DA IMPLANTAÇÃO DO NSP

Andréia Oliveira de Paula Murta

A fim de facilitar o exercício do Enfermeiro enquanto coordenador do NSP, criou-se este mapa mental com as etapas principais de condução das atividades necessárias. As etapas foram organizadas conforme o ciclo de *shewhart* (PDCA). Cada etapa será tratada no decorrer deste manual, como forma de nortear o Enfermeiro Coordenador do NSP. O Enfermeiro deverá manter-se atualizado com a vasta literatura sobre o assunto.

Figura 1 - Planejamento da implantação da Segurança do Paciente por meio do PDCA



Fonte: Elaborado pela autora.

4 IMPLANTAR O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Fabiana Guerra Pimenta

A constituição (composição) e nomeação do NSP é de responsabilidade da direção do serviço de saúde. Esta deve delegar e conferir aos membros responsabilidade e autoridade, para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (BRASIL, 2013a). Quando se trata dos serviços públicos ambulatoriais, podem ser constituídos por um NSP para cada serviço de saúde ou por um NSP para o conjunto desses serviços (conjunto de unidades básicas de saúde do município), conforme decisão do gestor local do SUS (Art. 4º, parágrafo 2º, RDC 36/2013b).

A direção/gestão do serviço de saúde deverá nomear uma equipe multiprofissional de nível superior (médico, enfermeiro, farmacêutico, entre outros). Recomenda-se que estes profissionais estejam vinculados às áreas de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, serviço de enfermagem, farmácia hospitalar entre outros (ANVISA, 2016). Recomenda-se ainda que a composição do NSP conte com profissionais que possuam experiência em segurança do paciente e qualidade e este núcleo tenha vínculo com as áreas de CCIH, gerência de risco, enfermagem, qualidade e/ou setores afins (MACEDO e BOHOMO, 2019). É importante a multidisciplinaridade do NSP, uma vez que olhares de diferentes profissões e saberes podem contribuir para a implementação e melhora deste núcleo.

Conforme esclarecido no capítulo anterior, sob o ponto de vista legal, segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986, são atividades privativas do Enfermeiro a “consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem”, sendo estas atividades exercidas de maneira constante e rotineira nos Núcleos de Segurança do Paciente. A realização de auditorias em prontuários e em anotações de enfermagem com o objetivo de identificar e analisar eventos adversos, por exemplo, deve ser realizada pelo Enfermeiro, na condição de membro do NSP. Também é trabalho frequente do Núcleo de Segurança do Paciente a realização de consultoria em relação a eventos adversos e investigação destes, além de pareceres sobre diversos temas que

envolvem a enfermagem. Essas atividades são privativas do Enfermeiro e, portanto, ele deve fazer parte do NSP.

Para a realização de algumas atividades podem ser designados profissionais de enfermagem de nível médio (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem), mediante supervisão do Enfermeiro. O profissional de nível médio pode realizar atividades como ministrar treinamentos, auxiliar no preenchimento de fichas de notificação e coletar dados para indicadores, por exemplo.

Após a escolha dos membros do NSP, a direção da instituição ou gestor local deverá nomeá-lo, por meio de documento (Portaria, Ato, Memorando, publicação em diário oficial ou outros), indicando os integrantes. Além disso, deve incluir um profissional responsável pelo NSP (coordenador) que será o representante do núcleo e participará nas instâncias deliberativas do serviço de saúde. Neste documento de nomeação deverá estar explícito que a autoridade máxima do serviço de saúde confere, aos componentes do NSP, autoridade, responsabilidade e poder para executar a implantação e o desenvolvimento das ações relacionadas à segurança do paciente na instituição (ANVISA, 2016).

O Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) (2017) reforça ainda que, além do comprometimento da alta direção à instituição, é necessária a intensa divulgação local da constituição do NSP e engajamento real da alta direção na agenda do núcleo.

Outro ponto importante para a implementação do NSP é a mensuração da percepção da cultura de segurança do paciente, que deve ser realizada com periodicidade determinada pela própria instituição (PRATES *et al.*, 2019). Reforça-se ainda que um programa de educação continuada deve ser implementado - sugere-se a abordagem dos seguintes temas: princípios básicos em Segurança do Paciente (cultura de segurança, protocolos de segurança do paciente e seus respectivos indicadores); Núcleo de Segurança do Paciente (atribuições e composição); eventos adversos (EA) relacionados à Assistência à Saúde (tipos, investigação, notificação); qualidade e segurança do paciente (gestão de riscos e análise de causa raiz); plano de Segurança do Paciente e estratégias para a melhoria da qualidade e segurança (IBSP, 2017).

Segundo Prates *et al.* (2019), oito estratégias podem ser seguidas para consolidar a implementação no NSP:

QUADRO 3 - ESTRATÉGIAS PARA CONSOLIDAR A IMPLEMENTAÇÃO NO NSP
1. Cultura pela Segurança do Paciente
2. Protocolos de Segurança do Paciente
3. Protocolos Clínicos Assistenciais
4. Rede Sentinela da ANVISA (quando aplicável)
5. Indicadores de Segurança do Paciente
6. Mapa de Risco Assistenciais
7. Grupos Técnicos para a Segurança do Paciente
8. Gerenciamento dos Incidentes Assistenciais

Fonte: PRATES *et al.*, 2019.

Ressalta-se também que, por se tratarem de atividades estratégicas em um serviço de saúde, é aconselhável que os NSP estejam vinculados diretamente à direção e que tenham uma agenda periódica com setores assistenciais (direção assistencial, enfermagem e farmacêutica) e com os não assistenciais e administrativos (engenharia hospitalar, compras, serviço de higiene e limpeza, hotelaria, ambulatório, dentre outros) a fim de discutir e alinhar os processos de trabalho que interferem direta ou indiretamente na assistência (ANVISA, 2016). Orienta-se que as reuniões estejam formalizadas em atas de reunião, com definição de planos de ação e acompanhamento de follow-up.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **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, DF: Anvisa, 2016. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/ebook-anvisa-06-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 7. 498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução nº 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, jul. 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095**, de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília, DF: MS, 25 set 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. **Como implantar o Núcleo de Segurança do Paciente?** São Paulo: IBSP, 2017. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/como-implantar-o-nucleo-de-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 3 ago. 2020.

MACEDO, Renata Soares de; BOHOMOL, Elena. Análise da estrutura organizacional do Núcleo de Segurança do Paciente dos hospitais da Rede Sentinela. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180264, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200412&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

PRATES, C. G. *et al.* Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 1-5, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v40nspe/1983-1447-rngenf-40-spe-e20180150.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2020.

5 ELABORAR O PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Ângela de Souza Floriano

Após a sua nomeação como Coordenador do Núcleo de Segurança do Paciente, o Enfermeiro deve elaborar o Plano de Segurança do Paciente do serviço de saúde. O Plano de Segurança do Paciente (PSP) é uma exigência da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA nº 36/2013, e seu elaborador deve possuir competência técnica para descrição dos itens mínimos exigidos (ANVISA, 2013).

O PSP tem como objetivo estabelecer estratégias e ações de gestão de risco e segurança do paciente, com base na legislação nacional e nas metas internacionais de segurança do paciente, para que as instituições possam assegurar ao máximo uma assistência à saúde segura e livre de danos aos seus pacientes (ANVISA, 2016).

O PSP é, em síntese, o planejamento estratégico para a segurança do paciente. Para tanto, é importante que seja parte integrante do plano estratégico da organização, baseando-se na missão, visão e valores do serviço de saúde. O PSP deve dialogar com os planos de recursos humanos, de informação, de ambiente, de gestão de resíduos, de prevenção e controle de infecção relacionadas à assistência a saúde, de gerenciamento de riscos e outros planos ou programas existentes no serviço de saúde (ANVISA, 2016).

O PSP deve estabelecer as principais estratégias, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde. Importante salientar que o PSP deve ser elaborado de acordo com a realidade institucional e que os protocolos básicos devem servir de direcionamento para elaboração do protocolo de cada instituição conforme sua singularidade, contemplando as seguintes etapas: planejamento, execução, avaliação, revisão, tratamento e comunicação dos riscos relacionados à assistência à saúde. Esses são requisitos obrigatórios, sendo que minimamente, o PSP deve conter os itens listados a seguir:

QUADRO 4 - REQUISITOS QUE DEVEM CONSTAR NO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
--

Requisitos que devem constar no Plano de Segurança do Paciente

Identificação do Paciente;
Prevenção de Lesão por Pressão;
Segurança na Prescrição, uso e administração de Medicamentos;
Cirurgia Segura;
Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde;
Prevenção de Quedas.
Prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
Promoção do ambiente seguro.

Fonte: (ANVISA, 2016).

Para a elaboração do Plano de Segurança do Paciente, recomenda-se, primeiramente, que se conheça o nível de maturidade da instituição com a segurança do paciente por meio de um diagnóstico situacional.

O NSP é a instância responsável não somente pela elaboração, mas também pelo desenvolvimento e atualização do PSP do serviço de saúde. Sugere-se que o planejamento das ações ocorra com o maior número de profissionais dos serviços de saúde, de forma a facilitar o processo de compreensão e posterior execução do plano pelos diversos atores envolvidos. Trata-se de um documento que expressa a relevância que a Segurança do Paciente possui na organização, por meio da definição de prioridades na implementação de práticas de segurança, na gestão de riscos e redesenho de processos, na identificação de estratégias que conectem a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde), nas necessidades de formação e de avaliação da cultura de segurança do paciente (SILVA, 2016).

O enfermeiro é, dentro da equipe de enfermagem, o profissional competente para a construção e implementação do PSP. A enfermagem, pelas características intrínsecas da profissão, que envolvem a realização de cuidados complexos, procedimentos invasivos, permanência de 24 horas ao lado do paciente, torna-se mais suscetível a erros. Frente ao cenário de susceptibilidade, a enfermagem deve buscar estratégias baseadas em legislações e protocolos bem estabelecidos para prestar o cuidado seguro, com foco na promoção de uma cultura de segurança, levando em consideração estratégias importantes, como a comunicação entre a equipe, os erros como oportunidade de aprendizado e a valorização do profissional através da educação continuada (SILVA, 2016). As diretrizes para a implantação de um programa de educação aos profissionais de enfermagem estão disponíveis no site do Coren-MG.

Diante do cenário de susceptibilidade, o enfermeiro deve considerar o gerenciamento de risco como ponto central para assistência segura ao paciente que, por sua vez, deve ter como base os seis protocolos do Ministério da Saúde. Nos capítulos a seguir serão desenvolvidas a estratificação da cada protocolo e as estratégias de implantação pela equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

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, DF: Anvisa, 2016. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/ebook-anvisa-06-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF:

ANVISA, 26 jul. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

SILVA, Aline Teixeira *et al.* Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, dez. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 4 ago. 2020.

6 DIAGNOSTICAR O PERFIL DA INSTITUIÇÃO

Fabiana Guerra Pimenta

O primeiro passo para a implementação de uma cultura de segurança do paciente em uma instituição é a realização da identificação do perfil institucional ou conhecimento do território adstrito (Diagnóstico Situacional), para possibilitar o planejamento adequado do processo de trabalho a ser desenvolvido pela equipe. Conhecer o contexto organizacional e pessoas envolvidas no processo (colaboradores e pacientes) possibilita a adequação das atividades, dos recursos e a implementação do planejamento das ações em saúde (SANTOS, CAVALCANTI VALENTE, 2019)

Nesse diagnóstico, deve-se observar principalmente (BELTRAN *et al.* 2013):

- Conhecer o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes atendidos no estabelecimento de saúde: idade, sexo, patologias / doenças e tipos de atendimento prevalentes;
- Identificar Protocolos de Segurança do Paciente que sejam aplicáveis na instituição;
- Identificar e mapear ações ou fluxos que já são realizados na instituição, para que estes possam ser melhorados ou modificados;
- Mensurar o quanto a cultura de segurança está presente na instituição / serviço (Capítulo 3).
- Definir prioridades de trabalho, conforme a RDC n° 36/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

O diagnóstico deve ser formalizado e constar no Plano de Segurança do Paciente da instituição, podendo ser revisitado e atualizado pelo NSP, de forma a organizar o ciclo de *Shewhart* ou roda de *Deming* - PDCA (*Plan, Do, Check, Act*). Desta forma, o Diagnóstico torna-se ferramenta dinâmica e norteadora do trabalho do Enfermeiro coordenador do Núcleo.

Um modelo de diagnóstico situacional é apresentado no documento “Plano de Trabalho do Enfermeiro: Subsídio para elaboração do diagnóstico situacional e proposição de plano de ação estratégico”, elaborado pela Câmara Técnica do Coren-MG. Neste manual são demonstradas várias ferramentas de qualidade que

podem ser utilizadas também pelo Enfermeiro Coordenador do Núcleo de Segurança do Paciente, tais como: diagrama de Ishikawa, gráfico de Pareto, matriz GUT, dentre outras. Por este motivo, o assunto não será aprofundado neste capítulo, mas recomenda-se que seja lido o conteúdo e adaptado para o diagnóstico na temática de segurança do paciente. O manual está disponível no link: https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/OFICIAL_Plano_de_trabalho_do_Enfermeiro_2020.pdf.

Segundo Minuzziet al. (2016), avaliar e conhecer a cultura da instituição é importante para reconhecer e identificar fragilidades no processo e, além disso, potencializar pontos positivos. É, também, uma oportunidade para sensibilizar os profissionais sobre a segurança do paciente. É preciso levar em consideração os profissionais envolvidos no processo, o que torna-se relevante durante a realização do diagnóstico, uma vez que estes podem auxiliar a identificar as possíveis melhorias, para o adequado planejamento de uma assistência segura.

Os profissionais de enfermagem são o grande contingente dos serviços de saúde e responsáveis, diversas vezes, pela assistência direta ao paciente. Por este motivo, ao avaliar o perfil institucional, deve-se considerar também o perfil da equipe de enfermagem e seus conhecimentos, uma vez que esta população traz informações importantes para as instituições de saúde (COSTA *et al.*, 2018).

O Enfermeiro do NSP em conjunto com a equipe irá utilizar o diagnóstico para planejar as ações e elaborar o Plano de Segurança do Paciente. Uma outra etapa diagnóstica importante é a pesquisa de cultura de segurança do paciente já existente na instituição.

REFERÊNCIAS

BELTRÁN, A. P. *et al.* La medición de la cultura de seguridad del paciente : Una revisión bibliográfica. **Revista Rol de Enfermería**, Espanha, v. 36, n. 9, p. 1-6, abr./2013. Disponível em: https://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso3.php?articulospubrevista=36%2809%29&itemrevista=602-607#. Acesso em: 4 ago. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Plano de Trabalho do Enfermeiro: Subsídio para elaboração do diagnóstico situacional e proposição de plano de ação estratégico**. Belo Horizonte: COREN-MG, 2020. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/wp->

content/uploads/2020/07/OFICIAL_Plano_de_trabalho_do_Enfermeiro_2020.pdf.
Acesso em: 28 jul.2020.

COSTA, Daniele Bernardi da et al . CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 3, e2670016, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300303&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 ago. 2020.

MINUZZI, Ana Paula et al . Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 121-129, Mar. 2016 .Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100121&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 julho de 2020.

SANTOS DE QUEIROZ, R.; CAVALCANTI VALENTE, G. **Diagnóstico situacional em unidade básica de saúde: contribuições para o campo da saúde coletiva.** Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 88, n. 26, 12 ago. 2019. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1k3sKjgE6B4v-GsjwGeWYugZihr6obOHJ/edit>. Acesso em: 30 jul.2020.

7 REALIZAR A PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA

Fabiana Guerra Pimenta
Gilberto Gonçalves de Lima

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) categoriza a segurança do paciente como o ato de melhorar, evitar ou prevenir eventos adversos ou erros em consequência atendimento em saúde. A instituição da segurança nos serviços de saúde no seu dia a dia é um processo cultural, promovendo aumento da consciência dos profissionais quanto ao comportamento de segurança (MATIELLO *et al.*, 2016).

Segundo a OMS, a cultura da segurança do paciente é um fator que pode influenciar todos os processos e torná-los mais ou menos inseguros. As organizações que prestam serviços de saúde podem apresentar pelo menos dois obstáculos para implementar a cultura de segurança: a tendência em estigmatizar e punir o erro (equiparando-o à incompetência) e a ideia de que, quando se treina a equipe de saúde, o problema está solucionado (ele está pronto para a tarefa) (WHO 2008).

Realizar a avaliação da cultura de segurança na instituição é um passo importante no diagnóstico institucional. Segundo Souza e Mendes (2019), a cultura de segurança em ambientes de saúde é tipicamente avaliada por meio de questionários quantitativos baseados em número e combinação das dimensões. Pode-se considerar esta avaliação como uma ferramenta de gestão e que auxilia a identificar possíveis pontos de melhoria.

Estabelecer a cultura de segurança nas organizações de saúde, bem como a avaliação desta sobre o paciente nas instituições de saúde são fundamentais para o diagnóstico do nível de maturidade da instituição, para nortear as práticas e a sensibilização dos profissionais visando à melhoria da segurança do paciente e a qualidade do atendimento (REIS, 2013).

Para tal avaliação existem instrumentos, os quais a Anvisa apresenta e disponibiliza em anexos (III e IV) do caderno 06, da Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde intitulado: “Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde”, disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cader-no-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>.

Estes instrumentos são os mais utilizados para a avaliação da cultura de segurança nos serviços de saúde, correspondendo em *Hospital Surveyon Patient Safety Culture* (HSOPSC) e *no Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) - o HSOPSC foi traduzido, adaptado e validado no Brasil, apresentando resultado satisfatório, quanto à compreensão verbal, clareza e sua composição (REIS, 2013).

O instrumento de avaliação da cultura do paciente HSOPSC compreende uma ferramenta de autopreenchimento, que mensura várias dimensões da cultura de segurança do paciente, avaliando a opinião dos profissionais sobre temas relativos à segurança – valores, crenças e normas da organização, relatos de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão. O questionário HSOPSC mede a percepção individual e por unidade/setor hospitalar dos atores envolvidos no cuidado com o paciente. Adicionalmente, o HSOPSC visa: 1) identificar áreas cuja cultura necessite de melhorias; 2) avaliar a efetividade das ações implementadas para o aperfeiçoamento da segurança; 3) priorizar esforços para o fortalecimento da cultura de segurança; e 4) auxiliar a organização na comparação de seus dados com os de outras organizações. A adaptação transcultural do HSOPSC para a língua portuguesa e contexto brasileiro, em sua versão final incluiu 42 itens (ANVISA, 2016).

O SAQ é uma ferramenta de avaliação da cultura de segurança do paciente, desenvolvida por pesquisadores da Universidade do Texas, utilizada para mensurar o clima de segurança percebido pelos profissionais da instituição. O questionário é composto por duas partes. Uma é formada por 41 itens que contemplam seis domínios. A segunda é reservada aos dados do profissional entrevistado. Compreende os domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital, clima de segurança, condições de trabalho e percepção do estresse. A resposta de cada item segue a escala de 5 pontos: discorda totalmente (A), discorda parcialmente (B), neutro (C), concorda parcialmente (D), concorda totalmente (E) e não se aplica (ANVISA, 2016).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Grupo de Pesquisa Quali Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) coordenam a aplicação nacional do instrumento intitulado “E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar”. Trata-se de um sistema eletrônico para avaliação válida, rápida e confiável da Cultura de Segurança do Paciente (CSP). Este sistema integra

uma aplicação Web e um aplicativo móvel gratuitos que dispõem de versão traduzida e adaptada para o Brasil do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dos Estados Unidos da América (EUA). Esse sistema permite o envio e preenchimento automático de questionários aos profissionais. O relatório é produzido em tempo real, facilitando o feedback da avaliação aos interessados e promoção de intervenções de melhoria da CSP - as informações enviadas no cadastro do aplicativo e obtidas pela avaliação da cultura são sigilosas. O nome do hospital avaliado, o responsável pelo seu cadastro e os profissionais respondentes não serão divulgados em nenhum momento. As informações coletadas serão guardadas em um banco de dados visível somente ao hospital, ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e ao Grupo de Pesquisa QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O acesso ao sistema está disponível em: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/sobre/>

O questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) atualmente é validado e disponibilizado pelo PROQUALIS, programa de qualidade desenvolvido pelo Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz). Foi realizada a adaptação transcultural do instrumento, que é de acesso gratuito no site do PROQUALIS: <https://proqualis.net/cartaz/question%C3%A1rio-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-hospitais-hsopsc>.

O questionário foi criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos em 2004, com o objetivo de avaliar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente. O HSOPSC permite a avaliação da cultura de segurança no nível individual, por unidade/setor hospitalar e da instituição como um todo. Para responder este questionário, devem ser entrevistados colaboradores profissionais que têm contato direto ou indireto com os pacientes e que dependem a maior parte de suas horas de trabalho na instituição (no mínimo 20 horas) e não se restringem aos profissionais de saúde. Este instrumento é considerado um válido, confiável, eficiente e um dos instrumentos mais utilizados mundialmente para mensurar a cultura de segurança do paciente, para as seguintes finalidades:

- (i) identificar áreas cuja cultura necessita melhorias;
- (ii) avaliar a efetividade de ações implementadas para melhoria da segurança ao longo do tempo;
- (iii) possibilitar benchmarking interno e externo, auxiliando a organização a

identificar como sua cultura de segurança difere da cultura de outras organizações e (iv) priorizar esforços de fortalecimento da cultura, identificando suas fragilidades (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2016).

Apesar de ser um questionário desenvolvido para hospitais, a maioria das perguntas pode ser aplicada a qualquer tipo de instituição em saúde. Estima-se que o tempo para responder é de aproximadamente 10 minutos e o próprio profissional pode preenchê-lo.

REFERÊNCIAS

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, 2016.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide**. 2016. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2020.

MATIELLO, R. D. C. *et al.* Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras. **CogitareEnferm**, Brasil, v. 21, n. 1, p. 1-9, jul./2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1495/45408-184742-1-pb.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2020.

ORGANIZATION, World Health; SAFETY, W. A. F. P. **Summary of the evidence on patient safety : implications for research** : The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. 1. ed. Genebra: World Health Organization, 2008. p. 1-118.

REIS, Cláudia Tartaglia. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. 2013. xiii,203 f. Tese (Saúde Pública) - **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 2013.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 1-268.

8 PROMOVER A CULTURA DE SEGURANÇA NO SERVIÇO DE SAÚDE

Gilberto Gonçalves de Lima

Estabelecer a cultura de segurança nas organizações de saúde é fundamental para a melhoria da segurança do paciente e a qualidade do atendimento. A cultura de segurança pode ser definida como sendo o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o comprometimento, estilo e proficiência de gerenciamento de saúde e segurança de uma organização (LEE *et al.*, 2019).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) possui quatro eixos: o estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisa sobre o tema. A cultura de segurança do paciente perpassa todos esses eixos. A Portaria MS/GM nº 529/2013 apresenta conceitos de cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

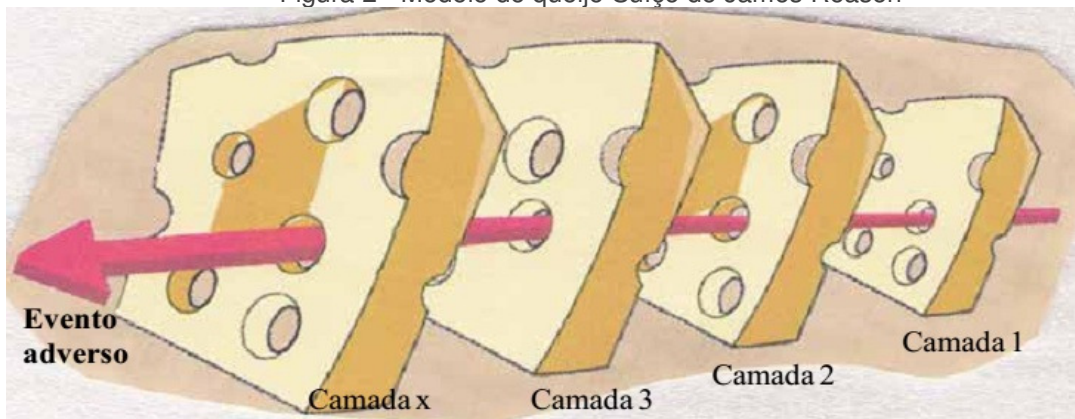
A ideia de que os profissionais de saúde não cometem erros, que principalmente os bons profissionais não irão errar, é um conceito que está disseminado na sociedade e até mesmo no ambiente acadêmico, ou seja, que basta ter atenção que o erro não se consumará. Entretanto, as instituições de saúde devem levar em conta que os profissionais erram - “Errar é Humano”, logo, é necessário desenhar processos que previnam os erros para que estes não cheguem até o paciente (LEAP, 2006).

Estudo realizado nos Estados Unidos da América aponta que o profissional de saúde é um ser humano, sujeito a tudo que outro cidadão também está exposto. A pressão para que o profissional da saúde produza mais em tempo mais curto, para reduzir custos, e as superlotações de serviços de emergência do Sistema Único de

Saúde (SUS) são exemplos bastante corriqueiros no Brasil de condições de trabalho que causam intenso sofrimento aos profissionais da Saúde e podem ser responsáveis por eventos adversos. Muitos artigos têm sido publicados mostrando a alta frequência da síndrome do esgotamento profissional (Burnout) em todos os profissionais e em particular entre enfermeiros e cirurgiões. A autonomia do profissional, a estrutura do local de trabalho, a disponibilidade de materiais necessários para o atendimento adequado ao cliente são aspectos que interferem na atividade laboral desses profissionais de saúde. Tais fatores somados à sobrecarga de trabalho, duplas e longas jornadas, turnos fixos, manutenção de funcionários em setores de baixa afinidade, baixos salários, falta de estrutura física e material podem vir a ocasionar o adoecimento mental desses trabalhadores, o que afeta diretamente na assistência prestada aos pacientes (LEAP, 2006; OLIVEIRA; LIMA; VILELA, 2017).

A definição de erro da OMS – falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano – foi baseada nos trabalhos de Reason (2000). O documento de referência para o programa nacional do PNSP considera que a percepção de que os erros podem ser latentes justifica o modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente. O modelo do queijo suíço apresenta um modelo de abordagem sistêmica para o gerenciamento do erro ou da falha. Se não há camadas de queijo (barreiras), os buracos se comunicam. O vetor, mostrado na figura, representa que o risco não encontrou barreira e atingiu o paciente. Estas barreiras podem ser: profissionais atualizados; uso de protocolos clínicos; uso de checklist cirúrgico; protocolos de higiene das mãos; dose unitária de medicamentos, dentre outros (ANVISA, 2014).

Figura 2 - Modelo de queijo Suíço de James Reason



Fonte: Reason (2000).

O PNSP informa, organiza e articula esses mecanismos, mas precisa encontrar um ambiente favorável às mudanças. Os eventos adversos são causados por sistemas mal estruturados e não por más pessoas - é necessário mudar o foco de erro individual para o olhar sistêmico. Para atingir um alto nível de segurança é preciso reconhecer a importância de maior envolvimento dos pacientes no seu cuidado. Portanto, faz-se necessário que ocorram mudanças fundamentais para a adoção de práticas pautadas na Cultura de segurança do Paciente. Tais mudanças devem se dar na percepção de erros como falhas individuais; para o entendimento de falhas do sistema; de um ambiente punitivo para uma cultura justa (diferenciar os profissionais cuidadosos e competentes que cometem erros em relação àqueles que têm o comportamento de risco, consciente e arriscado); do sigilo para a transparência; do cuidado centrado no médico para ser centrado no paciente, e dos modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual, para modelos realizados por equipe profissional interdependente, colaborativo e interprofissional, e a prestação de contas é universal e recíproca (BRASIL, 2013).

Para que ocorra a melhoria e manutenção da Cultura de Segurança nos serviços de saúde são necessários (ANVISA, 2016):

- promoção de estruturas de lideranças, com líderes envolvidos no processo de criação e transformação da cultura de segurança, com o objetivo de sensibilizar e responsabilizar;
- avaliação periódica da cultura de segurança - os resultados devem ser informados aos profissionais envolvidos e à gestão, a fim de auxiliar na implementação de estratégias de melhoria;

- promoção de trabalho em equipe, com foco na proatividade, no sistema, colaborando para o desenvolvimento de habilidades profissionais e na melhoria de desempenho a fim de reduzir danos preveníveis;

- identificação e redução de riscos e perigos relacionados à Segurança do Paciente, com objetivos contínuos de redução dos danos, contando com sistemas de vigilância contínua, acompanhamento e monitoramento, que mostre os prováveis problemas relacionado a segurança do paciente (ANVISA, 2016).

A Anvisa recomenda os seguintes passos que devem ser seguidos pelo NSP para a instituição e melhoria da cultura de segurança: apoiar a construção de uma cultura de segurança, utilizar a gestão do risco para o desenvolvimento das atividades de segurança do paciente, estimular os relatos, envolver os pacientes e o público e implementar soluções para evitar danos (ANVISA, 2016).

Constituem passos para apoiar a construção de uma cultura de segurança:

- criar uma cultura na qual os profissionais possam compartilhar a informação livremente, com o apoio da diretoria;

- desenvolver uma cultura franca e justa, ou seja, evite acusações, mas preserve o aspecto da responsabilidade pessoal;

- realizar uma avaliação da cultura de segurança utilizando-se de instrumento validado e verificar se os resultados demonstram a existência de uma cultura franca e justa na instituição;

- adotar condutas que apoiem uma cultura na qual os profissionais possam conversar com colegas, diretores e administradores sobre os incidentes nos quais se envolveram;

- analisar o incidente relacionado à assistência à saúde, enfatizando por que ocorreu, e não somente “quem” estava envolvido;

- tratar e apoiar corretamente o profissional envolvido no incidente;

- utilizar ferramentas que possam determinar as razões que estão por trás das ações individuais frente à ocorrência de um incidente.

Os seguintes passos são importantes para utilizar a gestão do risco para o desenvolvimento das atividades de segurança do paciente:

- verificar se a segurança do paciente está refletida nas estratégias, nas estruturas e nos sistemas organizacionais da instituição.

- averiguar se a segurança do paciente faz parte da estratégia e do plano de governança da instituição;

- identificar os processos de gestão de riscos e ações para a segurança do paciente para cada risco identificado.

Passos para estimular os relatos:

- estimular os profissionais para que relatem os problemas de segurança do paciente;

- estabelecer planos de ação para a redução de incidentes relatados;

- realizar avaliações do plano e ações recomendadas para a redução de incidentes.

Passos para envolver os pacientes e o público:

- adotar uma política de revelação franca frente à ocorrência do incidente, obtendo-se apoio da diretoria;

- envolver os pacientes, familiares e responsáveis nas investigações;

- informar sobre as recomendações feitas e as soluções propostas após a ocorrência de um incidente.

Passos para implementar soluções para evitar danos:

- verificar se as recomendações feitas após a ocorrência de um incidente estão sendo implementadas e avaliadas e se algo ainda precisa ser feito para a prevenção de incidentes;

- adotar os protocolos nacionais de segurança do paciente;

- monitorar os indicadores de segurança do paciente previstos nos protocolos nacionais;

- divulgar os resultados obtidos da vigilância e monitoramento dos indicadores de segurança do paciente aos profissionais e gestores (ANVISA, 2016).

8.1 Treinamentos e sensibilização para a cultura de segurança do paciente

Com a adoção de políticas institucionais voltadas para a segurança do paciente se faz imprescindível que os profissionais estejam engajados, sensibilizados para a cultura de segurança do paciente, conscientes de que estão susceptíveis a erros, que conheçam as estratégias para a prevenção, dominem a

tecnologia da informação, trabalhem de forma ética e que utilizem de uma boa comunicação. Logo, estratégias de sensibilização inicial, educação permanente, treinamentos contínuos e investimentos em pesquisas devem fazer parte da rotina diária nos serviços de saúde (MICCAS, BATISTA, 2014).

A sensibilização para uma cultura de segurança não é tarefa fácil. Precisa de tempo para assimilar mudanças e de atitudes constantes de coletividade, sendo que atitudes de culpabilização na pessoa não provocarão as mudanças necessárias, podendo até mesmo mascarar informações, levando a uma subnotificação dos incidentes ocorridos (WEGNER *et al.*, 2016)

As estratégias de educação permanente em saúde deverão objetivar o compartilhamento de conhecimentos e experiências entre os trabalhadores. A temática “segurança do paciente” poderá ser trabalhada por meio de rodas de conversa, como primeiro passo para a promoção desta cultura. A ideia é provocar reflexões entre os profissionais sobre as suas práticas e condutas diárias, estimulando-os a comentar sobre os erros decorrentes no dia a dia, durante o exercício profissional. Compartilhar as experiências vivenciadas coletivamente proporciona produtivamente a expansão do tema e da cultura de segurança entre os profissionais da saúde (WEGNER *et al.*, 2016).

Treinamentos em serviço por meio de palestras, cursos e aulas teóricas são consideradas possibilidades educativas. O treinamento é considerado um método de qualificação profissional e uma oportunidade para revisão de conteúdo. Também representa uma oportunidade de preparação do familiar e/ou cuidador para compartilhar os cuidados com a equipe de saúde. A pedagogia de Educação Permanente em Saúde através da problematização costuma trazer excelentes resultados, envolvendo os profissionais a participarem de dinâmicas de simulações de situações, com propostas para o desenvolvimento de escutas, de práticas cuidadoras, de conhecimentos engajados e de permeabilidade aos usuários (WEGNER *et al.*, 2016).

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), em seu manual de estratégias para a Segurança do Paciente, recomenda estratégias de educação permanente para uma comunicação efetiva, capacitando a equipe para uma adequada comunicação entre os profissionais e para aprimorar a comunicação com o paciente e acompanhante, focando na participação destes no processo do cuidado. Uma proposta que poderá ser utilizada é de uso da

metodologia SBAR - situação, background, avaliação e recomendação. Trata-se de um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes, de forma clara e concisa, podendo ser utilizada em várias situações, por exemplo, na passagem de plantão ou em situações de transferências do paciente de uma unidade para outra. Neste método de SBAR, a situação representa o enunciado conciso do problema; background corresponde à informação pertinente e rápida acerca da situação/problema; a avaliação consiste na análise e opções de resolução/encaminhamento e, por fim, a recomendação é a ação necessária (REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

Portanto, os processos de elaboração de estratégias de sensibilização e de promoção de educação permanente necessitam de engajamento contínuo dos profissionais e de investimento em lideranças locais. Também é fundamental o entendimento, principalmente por parte da gestão, que estes processos educacionais precisam de investimentos para uma boa infraestrutura material e de recursos humanos, para desenvolver ou continuar a promover a educação permanente e seus processos de ensino e aprendizagem apoiados em ações reflexivas, críticas e participativas para a promoção de mudanças nas diversas circunstâncias específicas de cada setor (MICCAS; BATISTA, 2014).

Os profissionais de enfermagem representam a grande parte das ações assistenciais e estão relacionados a uma posição privilegiada na possibilidade de redução de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações precocemente. O Enfermeiro do NSP, cumprindo normativas da RDC n° 36 de 2013, tem atuado como responsável por promover ações que garantam a segurança do paciente a todos os profissionais da instituição, fato este que não exclui o papel do Enfermeiro RT e do Enfermeiro Supervisor de avaliarem as necessidades de treinamento e realizarem ações educativas que considerarem necessárias aos profissionais da equipe de enfermagem. O planejamento das ações educativas da equipe de enfermagem deve considerar a ocorrência de EA e *Near Miss*.

Um manual sobre a Educação dos profissionais de enfermagem encontra-se disponível no site do Coren-MG. Os demais profissionais de enfermagem devem participar das ações educativas promovidas em seu setor, instituição, pelo NSP e demais setores, a fim de se manterem atualizados e alinhados com o propósito de garantia da segurança do paciente (ANVISA, 2013; ANVISA, 2016; SILVA, 2016).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul. 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

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, DF: Anvisa, 2016. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/ebook-anvisa-06-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 529**, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: 2013. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 6 nov. 2020.

LEE, Seung Eun *et al.* Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: A literature review. **Western journal of nursing research**, v. 41, n. 2, p. 279-304, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945917747416>. Acesso em: 6 nov. 2020.

OLIVEIRA, Raquel Fátima de; DE LIMA, Gilberto Gonçalves; DE SOUSA VILELA, Gláucia. Incidência da Síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1383>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Permanent education in health: a review. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 170-185, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2014.v48n1/170-185/en/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 2013. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2020.

REASON J. Human error: models and management. **Brit Med J**. v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso em: 6 nov. 2020.

SILVA, Aline Teixeira *et al.* Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate** [online]. 2016, v. 40, n. 111, p. 292-301. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>. Acesso em: 6 nov. 2020.

WEGNER, Wiliam *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300212&script=sci_arttext&tIng=pt. Acesso em: 6 nov. 2020.

9 DEFINIR QUAIS PROTOCOLOS SE APLICAM AO PERFIL INSTITUCIONAL E PLANEJAR A SUA IMPLANTAÇÃO

Ângela de Souza Floriano

Os protocolos básicos propostos pelo Ministério da Saúde devem ser implantados nos serviços de saúde, desde que se apliquem ao perfil institucional. Faz parte do diagnóstico inicial saber quais protocolos devem ser implantados na instituição e planejar as ações necessárias no Plano de Segurança da Instituição. Seguem algumas estratégias de implantação de cada um deles:

9.1 Identificação do Paciente

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual ele se destina. Sua aplicação deve ocorrer em todo o âmbito de saúde, respeitando por sua vez a particularidade de cada atendimento e itens obrigatórios por legislação.

QUADRO 5 - ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">- Adotar pelo menos 2 identificadores para diferenciação dos pacientes - recomenda-se uso de identificadores que os pacientes conheçam, para garantir a efetividade do processo de conferência;- Utilizar metodologia de identificação: Pulseira de identificação para paciente com realização de procedimentos (considerar atendimento ambulatoriais, clínicos e cirúrgicos), identificação de dietas, rótulos de medicamentos, rótulos de sangue, prontuário e demais documentos gerados pela equipe multidisciplinar;- Gerenciar leitos e ambientes, quando possível, evitando paciente homônimo em um mesmo local;- Utilizar tecnologias para identificação do paciente (código de barras);- Treinar e orientar os profissionais de saúde sobre o processo de conferência da identificação antes de realizar procedimentos;

- Esclarecer o paciente e acompanhante sobre a importância do processo de conferência da identificação;

Fonte: BRASIL, 2013a.

QUADRO 6 - APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO
APLICAÇÃO
O Protocolo deve ser aplicado em todos os âmbitos de assistência à saúde, sendo de competência técnica (para aplicação e acompanhamento) de toda a equipe multidisciplinar. A identificação do paciente é o processo central para realização de qualquer atendimento ou cuidado. Assim, deve ser aplicado por todo e qualquer profissional que prestar atendimento ao paciente.

Fonte: BRASIL, 2013a.

9.2 Segurança na Prescrição, Uso e administração de Medicamentos

O uso seguro, eficaz e ético de medicamentos exige conhecimento, habilidades e julgamento dos profissionais da saúde, bem como estruturas e sistemas adequados dos ambientes de cuidado. A garantia da segurança no uso de medicamentos tem início no processo de prescrição, tendo sua continuidade na dispensação, seguida pelo preparo e administração do medicamento ao paciente. A aplicação deste protocolo deve ser realizada em todos os locais de atendimento à saúde em que ocorra a administração de medicamentos.

QUADRO 7 - ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">- atentar para a leitura e cumprimento da prescrição médica, considerando as grafias ou sons semelhantes dos medicamentos prescritos;- avaliar e conferir as embalagens dos medicamentos, considerando sua integridade e possíveis semelhanças entre as mesmas;- treinar e orientar a equipe técnica frente aos principais efeitos dos medicamentos administrados;- avaliar o ambiente de separação, acondicionamento e preparo dos medicamentos, garantindo

luminosidade e higiene adequada;

- garantir a implantação dos 9 certos na administração de medicamentos (paciente correto; medicamento correto; via correta; dose correta; horário certo, validade correta, ação certa, registro correto; resultado correto)
- criar alertas para equipe de enfermagem referente através de sinalizações e informações visuais nos medicamentos potencialmente perigosos;
- implantar rotina de dupla checagem dos medicamentos (considerando rotina de dispensação e administração);
- incorporar alertas de segurança em caso de alergia e validade dos medicamentos;
- orientar o paciente e acompanhante quanto ao uso correto da medicação e possíveis efeitos adversos já esperados. Criar estratégias para adesão da prescrição de medicamentos em domicílio, utilizando, se necessário, ferramentas lúdicas, como figuras e cartilhas de acordo com o grau de instrução do paciente e família.
- lembre-se: é vedado ao profissional de enfermagem o atendimento de ordem verbal para administração de medicamentos, salvo em situações de emergência para salvar a vida do paciente.

A equipe de enfermagem deve seguir os preceitos ditados pelo conselho de classe, conforme resolução COFEN n° 487/2015. Considerando tal normativa, destaca-se o que é restrito ao profissional de enfermagem na administração de medicamentos. Destacam-se particularidades relacionadas ao preparo do medicamento de exclusividade do farmacêutico capacitado, conforme descrito na RDC n° 220/2014.

Fonte: BRASIL, 2013b.

QUADRO 8 - APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

APLICAÇÃO

O Protocolo deve ser aplicado nos âmbitos de saúde em que ocorram administração de medicamentos. Ressalta-se a abrangência do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e administração de Medicamentos, definido conforme competência técnica de cada profissional - o processo central encontra-se dividido entre a equipe de médica, de enfermagem e farmácia.

Fonte: BRASIL, 2013b.

9.3 Cirurgia Segura

A magnitude do problema dos erros associados aos procedimentos cirúrgicos levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a lançar, em 2008, a campanha

Cirurgia Segura Salva Vidas. Para alcançar os objetivos da campanha, é necessário considerar que, nos procedimentos cirúrgicos, a segurança não se restringe ao ato cirúrgico. A segurança compreende uma rotina de eventos em sequência: avaliação pré-operatória dos pacientes, intervenção cirúrgica e preparo para o cuidado pós-operatório adequado.⁹ O enfermeiro, em grande parte das instituições, tem a autonomia e responsabilidade de gerenciar cada etapa da preparação cirúrgica junto à equipe multidisciplinar das atividades cirúrgicas do paciente. A aplicação do protocolo, por sua vez, não se limita apenas a centros cirúrgicos, pois deve ser aplicado em ambulatórios e clínicas de imagem (endoscopia, biópsia) que realizam pequenos procedimentos.

QUADRO 9 - ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA
ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - implantar o uso de listas de verificação recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, considerando os seguintes tempos: Antes da Indução anestésica, Antes da Incisão da pele e Antes do paciente sair da sala cirúrgica; (Orientar e sensibilizar a equipe multidisciplinar sobre a importância) - garantir o registro completo em prontuário do paciente; - optar por demarcar o local cirúrgico, garantindo assertividade do procedimento; - avaliar condições estruturais (materiais, equipamentos, gerador), uso de hemocomponentes, reserva de CTI e demais itens importantes para liberação do procedimento cirúrgico; - monitorar de forma constante, por meio de indicadores, a efetividade da implantação do protocolo.

Fonte: BRASIL, 2013c.

QUADRO 10- APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA
APLICAÇÃO
<p>O Protocolo deve ser aplicado no âmbito de saúde em que ocorram procedimentos invasivos/cirúrgicos. Sua aplicação é realizada pela equipe multidisciplinar.</p>

Fonte: BRASIL, 2013c.

9.4 Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde

A higienização das mãos é, com certeza, uma das práticas de maior relevância no cuidado à saúde, sendo considerada um ato de segurança efetiva para redução de infecções. A aplicação do Protocolo “Prática de Higiene das Mãos” deve ocorrer em toda abrangência do serviço de saúde e ser constantemente incentivada pelo profissional de enfermagem.

QUADRO 11- ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIGIENE DE MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE
ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO
-disseminação da cultura por meio de comunicação institucional (pôsteres, folders); protocolo de Higiene de Mãos em Serviços de Saúde - disponibilização e identificação de insumos (água, sabão e álcool); - abordagens multifacetadas com combinação de treinamento, feedbacks pontuais e mensuração de indicadores (Taxa de consumo de insumos); - sensibilização e educação do paciente/acompanhante.

Fonte: BRASIL, 2013d.

QUADRO 12 - APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE HIGIENE DE MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE
APLICAÇÃO
O Protocolo deve ser aplicado em todos os âmbitos de assistência à saúde, sendo de competência técnica (para aplicação e acompanhamento) de toda a equipe multidisciplinar (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos e demais profissionais da equipe multidisciplinar)

Fonte: BRASIL, 2013d.

9.5 Prevenção de Quedas

Instituído pela Anvisa, o protocolo de Prevenção de Quedas tem como finalidade reduzir a ocorrência de queda de pacientes e o dano dela decorrente. As

ações são definidas por meio da implantação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, que garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.⁴ A aplicação das medidas de prevenção de queda se estende a todo âmbito de saúde, no entanto a adoção das atividades é dependente da criticidade e ambiente em que o paciente se encontra.

QUADRO 13 - ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS
ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">- Estabelecer um programa de avaliação de riscos de queda;- Individualizar o processo de avaliação de risco conforme plano de cuidados do paciente;- Informar e orientar paciente e acompanhante sobre os possíveis riscos;- Avaliar os medicamentos que estão em uso pelo paciente;- Tornar o ambiente seguro (mobiliários, camas, poltronas e iluminação adequada);- Avaliar a efetividade do protocolo com indicadores específicos e análises em caso de ocorrência de eventos relacionados à queda.

Fonte: BRASIL, 2013e.

QUADRO 14- APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS
APLICAÇÃO
O Protocolo deve ser aplicado em todos os âmbitos de assistência à saúde, sendo de competência técnica (para aplicação e acompanhamento) de toda a equipe multidisciplinar. O processo de orientação e acompanhamento do paciente é de responsabilidade de todos os profissionais, destaca-se como ponto central o papel do enfermeiro, que é o responsável por avaliar o risco, por meio de escala própria (Morse).

Fonte: BRASIL, 2013e.

9.6 Prevenção de Lesão por Pressão

As lesões por pressão (LPs) constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços e instituições de atenção à saúde. Para os pacientes,

trazem dor e sofrimento e podem contribuir, em associação com outras causas, para a morte. Para as instituições, implicam no aumento de custos e do tempo de internação. Por suas consequências e implicações, tanto para o paciente como para as instituições, a prevenção das LPs é uma das Metas Nacionais de Segurança do Paciente. O enfermeiro, por sua vez, tem papel fundamental na aplicação do protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão, por ser ele o profissional responsável por avaliar o processo de forma multifatorial (Cognição, Mobilidade e nutrição) em que o paciente se encontra.⁸ A aplicação do protocolo se relaciona à atenção primária, a pacientes domiciliares e internados, considerando internações em unidades básicas assim como em unidades de atendimento crítico. Cabe ressaltar a importância da implementação do protocolo em unidades cirúrgicas conforme a exposição e risco apresentado pelo paciente.

QUADRO 15- ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE LESÃO POR PRESSÃO
ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> - utilizar escala de avaliação e identificação de pacientes de risco para desenvolvimento de LPP. Recomenda-se o uso da escala de Braden (para pacientes internados em unidade básicas e críticas), ou uso da escala de Elpo (com aplicação no âmbito cirúrgico). - pode ser utilizado o horário do banho dos pacientes como o momento para avaliação da pele e riscos relacionados; - manter a pele do paciente hidratada; - avaliar diariamente os pontos de pressão a que os pacientes encontram-se expostos; - avaliar condição nutricional do paciente; - utilizar tecnologias apropriadas de prevenção (coberturas, superfícies, roupas); - orientar familiares e pacientes sobre a importância da mobilização do mesmo no leito; - orientar pacientes e acompanhantes sobre os cuidados gerais com a pele; - implantar indicadores de efetividade das ações de prevenção, optar por uma avaliação diária; - importante: Atentar para paciente com maior risco, com alteração de cognição, mobilidade reduzida, problemas nutricionais e exposição à umidade.

Fonte: BRASIL, 2013f.

QUADRO 16- APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE LESÃO POR PRESSÃO
APLICAÇÃO

O Protocolo deve ser aplicado no âmbito de saúde em que ocorram internações de pacientes. O processo de avaliação do risco apresentado pelo paciente envolve toda a equipe multidisciplinar que, por sua vez, possui competência técnica para avaliação, considerando condições nutricionais, cognitivas e motoras. Os profissionais de enfermagem possuem competência para a avaliação de risco por meio de escalas específicas.

Fonte: BRASIL, 2013f.

A segurança do paciente no Brasil está em ascensão e o profissional de enfermagem é ponto central do processo relacionado ao gerenciamento de riscos e à qualidade assistencial. A implantação do plano de segurança do paciente nas instituições prestadoras de cuidado, a aplicação e gerenciamento dos protocolos de acordo com a realidade de cada local, baseado em medidas de prevenção, podem possibilitar uma constante melhoria no padrão de saúde oferecido pelas instituições atuais. Há várias estratégias de implantação dos protocolos na literatura, assim como existe uma série de cases de sucesso sendo apresentados em congressos sobre o tema. Os Enfermeiros coordenadores dos NSP devem buscar se atualizar sempre e realizar benchmarking a fim de conhecer boas práticas de outras instituições de saúde e melhorar seus resultados com a finalidade de garantir a segurança do paciente em níveis cada vez mais altos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Protocolo de identificação do paciente.** 2013a. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf> Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** 2013b. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002490IQmwD8.pdf> Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo para cirurgia segura.** 2013c. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000024279j862R.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde.** 2013d. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002428z8pha4.pdf> Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo de prevenção de quedas**. 2013e. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo para prevenção de úlceras por pressão**. 2013f. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002429jFPtGg.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

10 NOTIFICAR INCIDENTES E NÃO CONFORMIDADES

Antônio José de Lima Junior
Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro

A ocorrência de incidente de segurança do paciente constitui um grande desafio para a melhoria da qualidade e segurança na assistência à saúde, assim como o desenvolvimento e a implementação de ferramentas e estratégias, que permitam às organizações medir e reduzir os danos, de forma contínua e rotineira, e a constituição de políticas que estimulem as organizações a utilizarem essas ferramentas e estratégias em diversos ambientes de assistência à saúde (BATES; SINGH, 2018).

Os incidentes de segurança do paciente são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente, e podem ser classificados como: circunstância notificável; quase incidente (*Near-Miss*), incidente sem dano, ou incidente com dano, que é referido como evento adverso (WHO, 2009).

A notificação de incidentes, não conformidades ou eventos adversos é estimulada como estratégia para a melhoria da segurança do paciente, pois a partir desta informação é possível reduzir ou eliminar ocorrências semelhantes, por meio da investigação e análise dos incidentes, e propiciar aprendizagem (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017). Entender como, quando e por que os incidentes acontecem é extremamente importante para que se possa implantar medidas eficazes de gerenciamento de riscos (PENA; MELLEIRO, 2017).

Para a identificação dos incidentes que ocorrem nas instituições são necessários diferentes métodos, tais como análise de prontuários retrospectivos e prospectivos, utilizando gatilhos; ou sistemas de notificação de incidentes por profissionais, pacientes e familiares. As notificações devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde, identificadas ou anônimas.

A partir da publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013a), os sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente devem ser implantados em todos os estabelecimentos de assistência à saúde, e os incidentes notificados à ANVISA. Esse registro deve ser realizado no

módulo específico do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), denominado Assistência à saúde (BRASIL, 2013b).

O acesso ao Notivisa é restrito aos membros do Núcleo de Segurança do Paciente cadastrados. No âmbito local, os estabelecimentos de assistência à saúde, em qualquer nível de atenção à saúde, desenvolvem diversas estratégias para a notificação de incidentes, tais como sistemas informatizados (intranet ou internet), formulários ou fichas de notificação, ou urnas espalhadas pela unidade. Nos hospitais brasileiros, o recurso de notificação mais utilizado ainda é o manual com formulários impressos (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Apesar de obrigatória e fundamental para a melhoria na segurança do paciente, a notificação de incidentes de segurança do paciente está permeada por lacunas no conhecimento, medo de punição, complexidade dos sistemas de notificação e comunicação informal, incorrendo em subnotificação. Isto foi identificado em estudo com o objetivo de compreender a prática de notificação de eventos adversos por profissionais de saúde no Brasil, que revelou que 58% dos participantes desconheciam a ficha de notificação e 67,7% nunca haviam preenchido uma notificação (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

A maioria dos profissionais de saúde que está trabalhando na atualidade não teve uma formação acadêmica com foco na segurança do paciente, e a discussão sobre os conceitos específicos voltados para a segurança do paciente ainda é incipiente. Deste modo, a comunicação da ocorrência de um incidente se dá de maneira informal ou sem metodologia pré-estabelecida. A partir da inserção do tema da segurança do paciente nos currículos dos cursos para profissionais de saúde é esperada uma melhoria nesta lacuna de conhecimento.

Além da formação profissional, a cultura punitiva, preponderante nos serviços de assistência à saúde no Brasil, aliada às rígidas hierarquias, tanto na estrutura organizacional das instituições, quanto na superioridade de uma categoria profissional sobre a outra, ou ainda, dentro da mesma categoria, constituem barreiras na melhoria das notificações e evolução na segurança do paciente.

Ademais, não são incomuns instituições que elaboram sistemas de notificações de incidentes de segurança do paciente muito complexos e de difícil acesso, tornando-os inacessíveis aos profissionais que atuam na linha de frente da assistência. Outra barreira frequente é a dificuldade dos profissionais com os sistemas eletrônicos de informação, que por esta razão ficam inibidos de registrar

um incidente. Outro elemento dificultador é quando os sistemas de notificação de incidentes ficam muito extensos - os criadores objetivam uma gama enorme de informações sobre o evento - o que impõe travas com o objetivo de não faltarem informações. Isso, na verdade, acaba por desestimular o profissional, que não encontra tempo e nem disponibilidade em preenchê-los.

Posto isto, para que os sistemas de notificação de incidentes de segurança do paciente se tornem efetivos, é importante que os formulários sejam claros, simples, de preenchimento rápido, e os profissionais orientados sobre seu preenchimento, de modo não punitivo, confidencial, independente, proporcionando feedback e voltado para soluções dos problemas notificados (BRASIL, 2013b). É importante, ainda, que haja interação entre líderes e profissionais, com ênfase na comunicação e prática educativa (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

10.1 Modelo mínimo de notificações

Para facilitar a análise do incidente e uniformidade nos sistemas de notificação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) padronizou o modelo mínimo de notificações, denominado *Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems* (MIM PS) ou Modelo de informações mínimas para a notificação de incidentes e sistemas de aprendizagem para a segurança do paciente – MIM SP, com o objetivo de apresentar uma lista de informações que, minimamente, devem ser coletadas ao notificar um evento adverso (WHO, 2016).

O modelo MIM SP sugere que uma notificação contenha minimamente:

1. informações sobre o paciente: sexo e idade, sem identificar o paciente;
2. momento do incidente: data e hora;
3. local do incidente: descrever o local sem mencionar nomes que o identifiquem, p. ex. área cirúrgica;
4. agentes envolvidos: a categoria “agente” indica qualquer produto, dispositivo, pessoa ou elemento envolvidos no incidente;
5. causas: suspeitas;
6. fatores contribuintes;
7. fatores mitigantes: são agentes que podem reduzir a ocorrência de incidentes ou o seu impacto;

8. tipo de incidente;
9. resultados do incidente;
10. ações resultantes;
11. papel do notificador.

A ficha de notificação deve ser dinâmica, passível de ser revisitada e modificada de acordo com o contexto da instituição, que também é dinâmica.

Figura 3 - Modelo mínimo de notificações

MIM SP BÁSICO
a) Parte estruturada
INFORMAÇÃO DO PACIENTE
Idade
Sexo
MOMENTO DO INCIDENTE
LOCAL DO INCIDENTE
AGENTE(S) ENVOLVIDO(S)
Causas (suspeitas)?
Fatores contribuintes?
Fatores mitigantes?
TIPO DE INCIDENTE
RESULTADO DO INCIDENTE
AÇÕES RESULTANTES
PAPEL DO NOTIFICADOR
b) Parte em texto livre

Fonte: Adaptado de WHO, 2016.

10.2 Notificar no Notivisa

Seguindo as definições estabelecidas na RDC 36/2013 (ANVISA, 2013), devem ser notificados pelo NSP ao SNVS todos os EA ocorridos em serviços de saúde. Para tanto, o NSP deve acessar o módulo do sistema NOTIVISA - Assistência à Saúde. Este é formado por dois formulários eletrônicos, um voltado para a notificação de EA pelo cidadão (pacientes e familiares) e outro para receber notificações de EA (incidentes com dano) relacionados à assistência à saúde (ANVISA, 2017; 2019).

O módulo de notificação pelo NSP do sistema NOTIVISA 2.0 (ASSISTÊNCIA À SAÚDE) está dividido de 1 a 10, seguindo a Classificação Internacional para Segurança do Paciente da OMS. Em cada uma das etapas estão dispostas variáveis objetivas e estruturadas.

1. tipo de incidente;
2. consequências para o paciente;
3. características do paciente;
4. características do incidente/evento adverso;
5. fatores contribuintes;
6. consequências organizacionais;
7. detecção;
8. fatores atenuantes do dano;
9. ações de melhoria; e
10. ações para reduzir o risco.

O SNVS prioriza a investigação detalhada dos *never events* e dos óbitos relacionados ao EA identificados pelos NSP. O serviço de saúde tem que notificar casos de óbitos relacionados aos EA em até 72h após a ocorrência do evento.

Vale lembrar que os *never events* devem ser comunicados ao Coren através da Comissão de Ética da Instituição ou pelo enfermeiro responsável técnico (RT). O Capítulo 16 explica porque isso é importante, não se tratando de caráter punitivo, uma vez que o Conselho também irá realizar várias ações de caráter preventivo, sendo um aliado no processo de segurança do paciente.

10.3 Notificação de Não Conformidades (NC)

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) relata que a não conformidade (NC) “consiste em não atender ao princípio do padrão, comprometendo assim a coerência e o funcionamento do sistema, constatada durante a avaliação” (ONA, 2010, p. 15). As NC são situações que contradizem a legislação vigente e/ou os princípios de qualidade e segurança instituídos por alguma organização que estabelece padrões de assistência à saúde. Também são alertas para adequações que devem ser realizadas (RIBEIRO *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2016), ou seja, tem uma situação fora do padrão ou sem consistência, que exige o entendimento por parte da liderança para impedir que isso aconteça novamente (NOVELI *et al.*, 2020). Diferentemente dos EA que causam danos diretos aos pacientes, as NC são precedentes para que os danos ocorram.

Estudos sobre NC são escassos na literatura (RIBEIRO *et al.*, 2014). Embora, ocorram NC em todos os níveis de atenção, observa-se uma atenção maior para

estas no âmbito hospitalar. Uma pesquisa realizada em 37 instituições hospitalares de Minas Gerais evidenciou três grupos de NC relacionadas aos processos de trabalho da enfermagem, a saber: Grupo 1 - Não Conformidades no processo de trabalho cuidar/assistir: relacionadas às atividades de cuidado direto e à organização da assistência; Grupo 2 - Não Conformidades no processo de trabalho Administrar/Gerenciar: relacionadas às atividades associadas ao trabalho do enfermeiro na organização e gestão de recursos materiais e físicos e gestão de pessoas; Grupo 3 - Não Conformidades no processo de trabalho educar/pesquisar: relacionadas às atividades educativas e de pesquisa (RIBEIRO *et al.*, 2014). No Quadro 17, são apresentadas as principais NC relativas ao trabalho da enfermagem e diagnosticadas por uma Instituição Acreditadora credenciada pela Organização Nacional de Acreditação e compiladas pelo estudo de Ribeiro *et al.* (2014).

QUADRO 17 - PRINCIPAIS NC RELACIONADAS AO TRABALHO DE ENFERMAGEM ENCONTRADAS EM 37 HOSPITAIS DE MINAS GERAIS		
PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM CUIDAR/ ASSISTIR	PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM ADMINISTRAR/ GERENCIAR	PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EDUCAR/ PESQUISAR
Ausência de plano seguro multiprofissional de aplicação medicamentosa	Ausência de política de gerenciamento de riscos	Ausência de definição de programa de treinamento para os colaboradores com foco nas não conformidades dos setores, com mensuração de sua eficácia e eficiência
Ausência de metodologia para o planejamento da assistência de enfermagem com base no risco evidenciado - Implantação da SAE*	Ausência de fluxo de atendimento às emergências nas diversas áreas assistenciais, contemplando profissionais, equipamentos e medicamentos	Ausência de programa para a capacitação e envolvimento das lideranças para o gerenciamento efetivo de cada célula de negócio

Ausência de método para a estratificação de risco da totalidade dos pacientes admitidos na instituição	A política para garantia e melhoria do preenchimento de documentos e a identificação dos profissionais e pacientes nos prontuários deve ser reforçada	Ausência de programa de integração do novo colaborador com foco na capacitação e no desenvolvimento
Ausência de protocolo de transporte intra e extra hospitalar	Ausência de Comissão de Ética de Enfermagem	Ausência de programa formal de acompanhamento de estagiários
Ausência de controle de eventos assistenciais, com definição de ações de prevenção e controle de danos	Ausência de método formal para o controle de materiais, medicações e equipamentos do carro de emergência e a ausência de checagem formal e diária do desfibrilador	-
Ausência de metodologia segura para identificação da totalidade dos pacientes, com foco na segurança	Ausência de metodologia para o dimensionamento de pessoas, com base no perfil de complexidade da unidade, obtido através da ferramenta de estratificação de risco/dependência para as áreas críticas	-
Ausência de Plano Multiprofissional de Alta Hospitalar	Ausência de indicadores básicos de apoio à gestão (absenteísmo e <i>turnover</i> , por exemplo)	-

Fonte: Ribeiro *et al.*, 2014.

As NC dos serviços de saúde ocorrem em todos os âmbitos da assistência à saúde e não são problemas sob a governabilidade exclusiva da Enfermagem, pelo contrário, muitas delas envolvem ações de toda a equipe multiprofissional. Desse modo e tendo em vista que o conjunto de NC reflete o nível de qualidade da organização, torna-se necessário que as NC sejam trabalhadas conjuntamente pela alta direção e pelos profissionais de saúde, no sentido de corrigi-las para aumentar a qualidade, evitando riscos e danos para os pacientes.

A avaliação de NC deve ser trabalhada com foco na governança clínica, de forma multiprofissional e interdisciplinar, em um processo em que a gestão e a assistência se harmonizem e reflitam em uma política organizacional comprometida com a qualidade dos serviços prestados. Para tanto, é necessário, primeiro e principalmente, que a alta administração tenha como política a busca incessante

pela qualidade e pela segurança. Os dirigentes e líderes devem criar grupo/núcleo/setor de profissionais que coordene e execute as ações de qualidade e segurança no serviço de saúde, conforme tem sido recomendado neste Manual.

Este grupo/núcleo/setor deve implementar a notificação de incidentes (conforme já discutido) e também a identificação das NC. A identificação de NC é um sinal de alerta para que os profissionais discutam suas causas e elaborem estratégias para promover melhorias na estrutura e nos processos, para alcance de resultados positivos (RIBEIRO *et al.*, 2014). Esta identificação pode ser feita por meio da busca ativa dos profissionais que compõem o grupo/núcleo/setor da qualidade/segurança e da notificação dos profissionais do serviço de saúde. Para tanto, deve-se estabelecer cronograma de busca ativa de NC e de formulário de notificação, o qual recomenda-se ser distinto do formulário de notificação de incidentes.

O mapeamento de processos é uma ferramenta da gestão de qualidade utilizada para otimizar os processos de trabalho, por meio do conhecimento de como são realizadas as atividades operacionais, padronizando o método com melhor resultado. O mapeamento de processos evita retrabalho, otimiza tempo e recursos. Uma das etapas do mapeamento de processos é a negociação das entregas (saídas) dos processos de trabalho, conforme os requisitos definidos pelo cliente daquele produto. Esta relação é desenhada em um mapa e acordada entre as partes em detalhes, inclusive quantidade, tempo e qualidade. Quando os produtos não são entregues pelo fornecedor da maneira preconizada pelo acordo da cadeia cliente-fornecedor, o cliente notifica o fornecedor por meio de um formulário de não-conformidade. O fornecedor tem então a chance de se justificar e realizar melhorias no seu processo de trabalho de modo a evitar que o evento ocorra novamente. Como exemplo pode-se citar que o almoxarifado de um município acordou com os centros de saúde a reposição de equipamentos de proteção individual (EPI) toda segunda-feira pela manhã, na quantidade estabelecida no acordo, o que não foi cumprido em determinada data, causando o atraso do início dos atendimentos. Este fato é relatado por meio do relatório de não-conformidade (RNC) e enviado ao escritório de qualidade da secretaria municipal, que além de intermediar a situação e verificar as causas, mensura indicadores e propõe soluções para os problemas mais graves e prioritários (SOUZA, 2020).

Uma não-conformidade também pode ser gerada quando não é cumprido o requisito de uma norma interna da instituição ou um procedimento administrativo (POP).

Pode ser uma estratégia a criação de Grupos de Trabalho (GT) para análise das NC. Os GT devem ter cronograma de reuniões previamente combinadas entre seus membros e recomenda-se o registro de atas, as quais devem ser encaminhadas para as lideranças (por exemplo: o enfermeiro RT e a alta direção, em caso de hospitais e para o gestor municipal, em caso de serviços ambulatoriais e de Atenção Primária à Saúde). Nos GT, devem ser discutidas as NC identificadas pelos profissionais do serviço ou levantadas por algum órgão como Vigilância Sanitária ou Instituições Acreditoras. Essa discussão deve gerar um relatório de possíveis causas de ocorrência, ou seja, deve ser realizada uma análise sistemática dos fatores que contribuíram e/ou causaram a ocorrência das NC mais relevantes, de modo a mitigá-las.

Após essa fase de discussão das causas das NC, é necessário realizar Planos de Ação para que cada GT possa compartilhar com os demais profissionais as ações para a mitigação e/ou resolução das NC eleitas como prioritárias. O Plano de Ação é uma importante ferramenta por direcionar as ações que devem ser executadas pelos profissionais dos serviços, bem como é um instrumento gerencial para a liderança, que deve realizar reuniões periódicas para analisar o cumprimento de prazo das ações propostas.

10.4 Desvio de qualidade ou queixa técnica

Já o desvio de qualidade ou queixa técnica refere-se a não-conformidade de algum material de uso médico - hospitalar, ou equipamento ou produto que se apresenta não-conforme. A Anvisa também define a queixa técnica como qualquer suspeita de alteração de um produto / empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais. Reforça-se que estes problemas técnicos podem ou não causar um evento adverso. São exemplos de queixas técnicas: ampolas com partículas visíveis, rótulo descolando, frascos incompatíveis com a indicação do volume expresso no rótulo, presença de corpo estranho, seringa com agulha torta, equipo colabado, dentre outros.

A Anvisa orienta ainda que queixas técnicas ou suspeitas de desvio de qualidade devem ser notificadas tendo ou não ocorrência de eventos adversos associados. Um desvio que é percebido e que não atinge o paciente deve ser notificado ao setor responsável pela compra/aquisição e pela distribuição.

Um modelo de notificação de queixa técnica encontra-se no Apêndice A.

10.5 Reação adversa ou Efeito colateral

Existe o conceito de reação adversa ao medicamento (RAM), que é considerada qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, a um medicamento, que ocorre nas doses usualmente empregadas. A RAM é considerada, assim, um tipo de evento adverso ao paciente, devendo também ser notificada no NOTIVISA.

Portanto, é importante que se tenha clareza do que será notificado em cada formulário a fim de não haver confusão entre os eventos que serão tratados pelo Núcleo de Segurança do Paciente e aqueles que serão tratados em outras instâncias. Os profissionais devem ser treinados para distinguir cada termo, preencher os formulários adequadamente e reconhecer rapidamente um evento que pode causar dano ao paciente.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC n.º 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jul 2013c. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e. Acesso em: 25 mar. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>. Acesso em: 25 mar. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 05/2019**. Orientações gerais para a notificação de

eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília: ANVISA, 2019. Disponível

em:<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Technical+Note+n%C2%BA+05-2019+GVIMS-GGTES-ANVISA/48dfed8f-3d39-482b-8bf3-d71aabedf099>.

Acesso em: 25 mar. 2020.

BATES, D. W.; SINGH, H. Two Decades Since To Err Is Human: An Assessment Of Progress And Emerging Priorities In Patient Safety. **Health Affairs**, [S. l.], v. 37, n. 11, p.1736-43, Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0738> Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2018.0738>. Acesso em: 17 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

Acesso em: 25 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível

em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

NOVELI E.D. *et al.* Non-Conformities that Hinder Health Institution to be Accredited: Integrative Review. **American Journal of Biomedical Science & Research**. v. 7, n. 5, 2020. Disponível em: <https://biomedgrid.com/pdf/AJBSR.MS.ID.001192.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO/ONA. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010. 160 p.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. **Revista de Enfermagem UfpeOnline**, [S. l.], v. 11, n. 12, p.5297-5304, 17 dez. 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25092/25482>.

Acesso em: 6 nov. 2020.

RIBEIRO H.C.T.C. *et al.* Estudo das não conformidades no trabalho da enfermagem: evidências relevantes para melhoria da qualidade hospitalar. **Aquichan**. v. 14, n. 4, p. 582-593, 2014. Disponível em:<https://www.redalyc.org/pdf/741/74133057012.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2020.

RIBEIRO H.C.T.C. *et al.* Non-conformities in hospitals related to the infection and adverse events prevention and control. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 9, 2016. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=0c3490c4-f124-41eb-9bcd-bc153be28b6d%40sdc-v->

[sessmgr03&bdata=Jmxhbmc9cHQqYnlnmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=118901599&d=b=c8h](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=0c3490c4-f124-41eb-9bcd-bc153be28b6d%40sdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbmc9cHQqYnlnmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=118901599&d=b=c8h). Acesso em: 6 nov. 2020.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l], v. 51, 9 out. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03243.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety**. Final Technical Report. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 25 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Minimal information model for patient safety incident reporting and learning systems: user guide**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/255642>. Acesso em: 25 mar. 2019.

11 ANÁLISE DE INCIDENTES

Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro

Antônio José de Lima Junior

Cada um dos profissionais que compõe a equipe de enfermagem atua na linha de frente dos processos de trabalho, e por isso, conhece bem o cotidiano da atenção à saúde e as dificuldades enfrentadas. Por vezes, as lideranças que realizam a gestão dos estabelecimentos de saúde ignoram a percepção desses profissionais sobre os problemas existentes na instituição, que podem levar a incidentes. É necessário extrair da vivência dos profissionais informações que possam auxiliar tanto na mitigação e prevenção, quanto na análise de um incidente. Para tanto, são necessárias ferramentas, de modo a sistematizar e direcionar esta análise e monitoramento dos incidentes.

Um aspecto muito importante da notificação é a confidencialidade. O notificante precisa estar seguro de que a notificação será tratada com imparcialidade e sigilo. Por esta razão, é comum sistemas de notificação que permitem ao notificante não se identificar, no entanto este não terá um retorno da mesma.

Compreender os incidentes de segurança do paciente e analisá-los de maneira multidisciplinar é necessário para aprendizado e mudança na prática (PENA, MELLEIRO, 2017). Neste sentido, propõe-se neste Manual o uso da abordagem *Swarming*, que tem sido empregada para otimizar, ou seja, simplificar e acelerar a análise de causa raiz dos incidentes em nível institucional e setorial (LI, *et al.*, 2015; WILLIAMS, *et al.*, 2015; MOTUEL L., *et al.*, 2017).

11.1 Definir os passos da análise de incidentes

O sistema de saúde *UK Health Care* nos Estados Unidos da América (EUA) utiliza o *Swarming* para melhoria contínua da qualidade da assistência oferecida em seus quatro hospitais estaduais. Um dos hospitais que compõe o *UK Health Care* registrou um aumento nas notificações de incidentes de 52% e uma queda de 37% na taxa de mortalidade esperada (LI, *et al.*, 2015).

O pilar do processo de *Swarm* é que todos os profissionais têm a contribuir para a análise dos incidentes. Todos agregam valor na avaliação das falhas, e por

isso, é possível eleger, de forma mais rápida, soluções e medidas para prevenção de ocorrências futuras. Baseia-se no conceito da “inteligência de enxame” dos insetos sociais, como as abelhas, onde a inteligência coletiva é maior que a dos indivíduos (WILLIAMS, *et al.*, 2015; MOTUEL L, *et al.*, 2017).

Os principais objetivos de um *Swarm* são: (1) descobrir o que aconteceu; (2) por que aconteceu e (3) como evitar que aconteça novamente. Deve ser realizado o mais rápido possível após um incidente, enquanto os fatos estão recentes na mente de todos os profissionais, sendo possível estabelecer mais precisamente os fatores organizacionais e humanos envolvidos. Como um “enxame” de abelhas, a equipe se direciona para o local do incidente para determinar suas causas e como evitar a sua recorrência. Para tanto, é imprescindível um ambiente livre de culpa e deve ser supervisionado por gerentes seniores que gerem confiança e influenciem mudanças necessárias (LI *et al.*, 2015).

A abordagem do *Swarm* foi progressivamente refinada pelo *UK Health Care*. A seguir estão dispostos como deve ocorrer (LI *et al.*, 2015) (APÊNDICE B):

1 - iniciar a *Swarm* a partir de uma notificação ou relato de incidente. O profissional responsável pela gestão do risco ou coordenador do Núcleo de Segurança deve verificar se o incidente está na lista dos *Never Events* para serem investigados e toma a decisão se iniciará um *Awarm*;

2 - conduzir uma investigação preliminar sobre “o que aconteceu” e “quem esteve envolvido” e definir um cronograma para permitir que o *swarm* seja agendado o mais rápido possível. Esta ação deve ser realizada, por exemplo, pelo gestor de risco ou coordenador do Núcleo de Segurança do Paciente. Se houver alguma preocupação específica, os *Swarm's* são realizados imediatamente após o evento (caso de óbito ou incidentes que ameacem a vida dos pacientes e/ou profissionais);

3- realizar os *Swarms* em horário que minimize interrupções dos cuidados e facilite a participação de todos (sugere-se no início da manhã ou no final da tarde);

4 - convidar os participantes para a reunião de *Swarms* por meio de e-mail ou outra comunicação rápida. Todos os participantes diretamente envolvidos no evento, desde um funcionário da ala até um cirurgião devem ser convidados. Também devem ser convidados um representante que tem autoridade e responsabilidade pelas unidades / departamentos envolvidos (por exemplo, coordenador da farmácia, diretor médico de um serviço), liderança médica e de enfermagem e um

administrador hospitalar. Isso provoca contribuições de todos, ao mesmo tempo em que diminui o comportamento hierárquico;

5- definir uma sala para a realização de todas as etapas. Uma localização fora do ambiente em que ocorreu o incidente ajuda a equipe a superar níveis naturais de medo e desconfiança;

6- disponibilizar o prontuário do paciente que foi alvo do incidente para consultas da equipe;

7- dispor os profissionais que irão participar do *Swarm* em círculo, cujo arranjo facilita a conversa;

8- realizar apresentação de todos os participantes do *Swarm* com garantia de todos que o grupo "*ataca problemas, não pessoas*";

9- explicar o *Swarm* para os participantes, descrevendo o propósito e a garantia de que o processo será conduzido em um ambiente livre de culpa, encorajando assim, a franqueza;

10- revisar os fatos que motivaram o *Swarm*;

11- discutir o que aconteceu. Investigar os fatores do sistema subjacente e teorizar sobre por que e como isso aconteceu; isto é, a análise de causa raiz (RCA). Esta deve ser uma conversa facilitada por alguém bem treinado em ciência da segurança para garantir a exploração de todas as questões-chave. Durante essa etapa, os participantes podem contar com várias ferramentas para estruturar a conversa e esclarecer o problema, como: cronograma / fluxogramas, espinha de peixe, pareto e 5 porquês (conforme descrito no modelo de Diagnóstico Situacional disponível em <https://www.corenmg.gov.br/public/anexos/modelDiagnosticos.pdf>);

12- descrever uma linha do tempo para documentar a cronologia de eventos e registrar comentários, descobertas e sugestões do grupo durante a *Swarm*, em documento manual ou eletrônico;

13- criar soluções para os problemas encontrados a partir de uma compreensão compartilhada do que aconteceu e por que (análise de causa raiz) - Isso foi uma questão de pessoal? Houve má comunicação ou hierarquias íngremes? Um processo precisa ser padronizado ou simplificado? Uma lista de verificação ajudaria? Existe uma solução viável de tecnologia da informação?

14 - atentar para o fato de que embora as intervenções que envolvem "aumento da conscientização" ou "educação continuada" sejam importantes, a equipe tenta propor soluções que mudam o processo de cuidado;

15 - elaborar um plano de ação que identifique as estratégias que o estabelecimento de saúde pretende implementar para reduzir o risco de eventos semelhantes ocorrerem novamente. O plano deve abordar: 1) Identificação de ações corretivas para eliminar ou controlar os riscos ou vulnerabilidades do sistema diretamente relacionados a fatores causais e contributivos (que foram elencados pelo grupo durante o Swarm); 2) Responsabilidade pela implementação de cada ação; 3) O tempo para conclusão de cada ação; 4) Estratégias para avaliar a eficácia das ações; e, 5) Estratégias para sustentar a mudança (JCI, 2016).

16 - eleger um único participante para atuar como o coordenador para este processo e garantir que todos os outros líderes de tarefas desempenhem suas funções conforme designado e dentro do cronograma do plano de ação.

Enfatiza-se a importância do NSP elaborar um relatório semanal dessa análise dos incidentes para a alta gestão (incluindo o enfermeiro responsável técnico).

11.2 Definir os incidentes que serão analisados

Este Manual recomenda que minimamente se busque acompanhar e tratar aqueles incidentes que atingiram o paciente e resultaram em dano temporário grave ou permanente ou mortes. Ademais, o monitoramento deve ser realizado com todos os *Never Events* (eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde) listados a seguir.

QUADRO 18: LISTA DE NEVER EVENTS
LISTA DE NEVER EVENTS
Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde
Procedimento cirúrgico realizado em local errado
Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo

Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado
Realização de cirurgia errada em um paciente
Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia
Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível
Gás errado na administração de O2 ou gases medicinais
Contaminação na administração de O2 ou gases medicinais
Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões para outra pessoa não autorizada
Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente
Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto-infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde
Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado
Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco
Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exame de radiologia
Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética
Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde
Lesão por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos)
Lesão por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos,

tendões ou músculos)

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2017.

11.3 Respostas às notificações

Este manual destaca a importância do NSP dar resposta aos profissionais ou setores envolvidos com o incidente, quando possível a sua identificação, tendo em vista que a principal razão para a análise dos incidentes é o aprendizado, além da melhoria no processo de trabalho e o fortalecimento das barreiras que impedem ou minimizam outros eventos.

A resposta do NSP às notificações, aos profissionais ou setores envolvidos com o incidente pode ocorrer através de reuniões, da emissão de notas ou respostas institucionais ou via e-mail.

11.4 Divulgação dos incidentes

A divulgação dos resultados das análises dos incidentes deve estar voltada estritamente ao aprendizado. Não é recomendada nem benéfica a publicação dos incidentes apenas como uma métrica da instituição, sem as estratégias de melhoria contínua. Para a divulgação, especial atenção deve ser dada à proteção do paciente, da equipe envolvida e do setor ou instituição onde os fatos ocorreram.

A utilização dos incidentes de forma sensacionalista é vista como mídia negativa e não contribui para a melhoria da qualidade e desenvolvimento de uma cultura voltada para a segurança do paciente. Em vez disso, ocasiona o medo das instituições de saúde e a falta de confiança nos profissionais de saúde.

Outro aspecto associado com a transparência é a revelação do incidente ao paciente e familiares (*Disclosure*). Isso é benéfico e deve ser realizado de forma sistemática, planejada, verdadeira e confidencial.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília, DF: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cader>

no-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude. Acesso em: 6 nov. 2020.

JCI. **Sentinel Events**. In: Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. CAMH Update 2, jan. 2016. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/20200101_2_camh_24_se.pdf. Acesso em: 6 nov. 2020.

LI, Jing *et al.* "SWARMing" to improve patient care: a novel approach to root cause analysis. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 41, n. 11, p. 494-AP3, 2015. Disponível em: [https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(15\)41065-7/abstract](https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(15)41065-7/abstract). Acesso em: 6 nov. 2020.

MOTUEL, Lorraine *et al.* Swarm: a quick and efficient response to patient safety incidents. **Nursing Times**, v. 113, n. 9, p. 36-38, 2017. Disponível em: <https://insights.ovid.com/nursing-times/nrtm/2017/09/000/swarm-quick-efficient-response-patient-safety/37/00006203>. Acesso em: 6 nov. 2020.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. O método de análise de causa raiz para a investigação de eventos adversos. **Revista de Enfermagem UfpeOnline**, [S. l.], v. 11, n. 12, p.5297-5304, 17 dez. 2017. Disponível em: Revista de Enfermagem, UFPE Online. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25092p5297-5304-2017>. Acesso em: 6 nov. 2020.

WILLIAMS, Eric A. *et al.* Development of " SWARM" as a Model for High Reliability, Rapid Problem Solving, and Institutional Learning. **Joint Commission journal on quality and patient safety**, v. 41, n. 11, p. 508-513, 2015. Disponível em: [https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(15\)41067-0/pdf](https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(15)41067-0/pdf). Acesso em: 6 nov. 2020.

12 AVALIAR EFICÁCIA DOS PROTOCOLOS

A avaliação da eficácia dos protocolos deve ser realizada a fim de verificar o impacto real destes na assistência ao paciente. Não basta anunciar um protocolo como implantado, divulgar formulários e folders, se o resultado esperado não é medido.

Há, basicamente, duas formas de se avaliar a eficácia dos protocolos: por meio da medição de indicadores e por meio de auditoria clínica.

12.1 Análise de Indicadores

Ângela de Souza Floriano
Fabiana Guerra Pimenta

O monitoramento de indicadores é “uma atividade planejada e sistemática para identificar problemas ou situações que devem ser estudadas de forma profunda ou ser objeto de intervenção para melhorar” (BRASIL, 2013g).

A criação de um instrumento de notificação, avaliação de suas causas e geração de informações para produção de indicadores e monitoramento do desempenho são oportunidades de aprendizagem nas organizações que devem ser realizadas por meio da análise de informações, feedback dos resultados para os profissionais e adoção de ações de melhoria, se necessário.

Diante deste fato, o enfermeiro deve considerar o monitoramento de indicadores para gerenciar o resultado assistencial dos protocolos implantados que, por sua vez, deve ter como base os seis protocolos do Ministério da Saúde. A seguir estão a estratificação da cada protocolo e indicadores que devem ser minimamente monitorados, o que não impede que a organização monitore indicadores além dos estabelecidos.

QUADRO 19: INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS
PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS
Indicadores
Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.

Número de quedas com dano.
Número de quedas sem dano.
Índice de quedas $[(n^{\circ} \text{ de eventos} / n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) * 1000]$: este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.

Fonte: BRASIL, 2013e.

QUADRO 20 - INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA
PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA
Indicadores
Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado.
Número de cirurgias em local errado.
Número de cirurgias em paciente errado.
Número de procedimentos errados.
Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco.
Taxa de adesão à Lista de Verificação.

Fonte: BRASIL, 2013c.

QUADRO 21: INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE
Indicadores
Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.
Consumo de sabonete: monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.
Indicador recomendável (não é obrigatório) Percentual (%) de adesão: número de ações de higiene das mãos realizadas pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

Fonte: BRASIL, 2013d.

QUADRO 22: INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE LESÃO POR PRESSÃO
--

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)
Indicadores
Percentual (%) de pacientes submetidos à avaliação de risco para LUPP na admissão.
Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LUPP.
Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LUPP.
Incidência de LUPP.

Fonte: BRASIL, 2013f.

O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), organização norte-americana que dá diretrizes sobre prevenção e tratamento de lesões por pressão (LP), anunciou em 2016 uma mudança na nomenclatura da úlcera de pressão. A instituição orienta que o termo “lesão por pressão” deve ser utilizado por todos os profissionais de saúde, uma vez que esta terminologia descreve de maneira mais adequada as lesões em peles causadas pela exposição à pressão. Segundo a NPUAP (2016) e a SOBET, a LP define-se como:

Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição. (SOBEST, 2016).

QUADRO 23 - INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO PROTOCOLO SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
Indicadores
Taxa de erros na administração de medicamentos.

Fonte: BRASIL, 2013b.

QUADRO 24 - INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Indicadores

Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.

Fonte: BRASIL, 2013a.

QUADRO 25: INDICADORES PARA MONITORAMENTO DO PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA
PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA
Indicadores
Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado.
Número de cirurgias em local errado.
Número de cirurgias em paciente errado.
Número de procedimentos errados.
Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco.
Taxa de adesão à Lista de Verificação.

Fonte: BRASIL, 2013c.

Indicadores assistenciais constituem uma contribuição para a gestão da segurança do paciente. Cabe ressaltar que os instrumentos para coleta de dados devem ser aprovados pelo gestor de segurança quanto à validade e confiabilidade. Uma série histórica dos indicadores pode demonstrar o nível de implementação das práticas seguras, direcionar estratégias para melhorar a adesão das práticas de segurança e influenciar no contexto da implementação de uma cultura organizacional voltada para segurança do paciente. Os protocolos da ANVISA não propõem metas a serem atingidas, porém as instituições devem, de acordo com seu perfil, buscar metas tangíveis e melhoria contínua dos processos.

11.2 Auditorias de processo / clínica

Auditoria consiste em um sistema de revisão e controle, para informar à administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua principal função é apontar sugestões e soluções, assumindo um caráter educacional. Não é somente indicar as falhas e os problemas identificados (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

A **Auditoria Clínica** avalia a prática comparada à conduta padronizada através de indicadores dos protocolos. Seu objetivo é conhecer os processos de trabalho, saber até que ponto sua organização conseguiu implementar as diretrizes e protocolos de segurança do paciente estabelecidos, e se estes foram incorporadas às rotinas (BENJAMIN, 2008).

A palavra auditoria carrega em si um caráter de controle, averiguação e punição. Porém sua conotação refere-se ao acompanhamento de um processo evolutivo, de revisão dos processos de trabalho objetivando iniciar/reiniciar um ciclo de melhorias. O objetivo é conhecer **como está sendo realizada em um setor específico ou instituição a transcrição entre o conhecimento expresso** e compilado em um protocolo e a **execução que é entregue ao paciente**. Interessa à equipe conhecer seus acertos e limitações e decidir se são necessárias melhorias e onde.

Os dados monitorados servem para conhecermos se os esforços despendidos na construção, implementação, treinamento de equipe, adequação de material e espaço podem gerar desfechos favoráveis para o paciente. Portanto, estes dados deverão orientar a escolha do protocolo de segurança a ser auditado, dos dados a serem investigados, dos processos que serão escolhidos e criteriosamente conhecidos.

Logo, a auditoria interessa a toda a equipe hospitalar e o processo precisa ser democraticamente divulgado, amplamente conhecido, transparente e se tornar um referencial teórico que perpassa o olhar crítico de cada membro da equipe.

O objetivo da realização da auditoria é o reinício de um ciclo de melhorias. O trabalho tem início a partir da discussão com a equipe responsável pelo atendimento do paciente e avaliação dos resultados diante dos desfechos alvo.

A realização de um projeto de auditoria a partir apenas do Núcleo de Segurança do paciente conduzirá potencialmente a uma série de dificuldades e, por isso, deve ser evitada. Por exemplo, a equipe não se envolverá com a coleta e discussão dos dados compilados - sentindo-se desinformada e à parte do processo certamente sentirá que a auditoria lhes foi imposta e suspeita de caráter punitivo.

Da mesma forma, pode haver dificuldade ou até mesmo hostilidade em mudanças de prática à luz dos resultados da auditoria se os profissionais não tiverem sido informados ou envolvidos desde o início. É extremamente importante que todos os profissionais relevantes no processo auditado estejam conscientes do

que se pretende fazer, participem do projeto da auditoria, da qual tenha sido alcançado consenso a respeito e que é um exercício que vale a pena, demonstrando que estão dispostos a investir e a realizá-lo.

QUADRO 26: CARACTERÍSTICAS DA AUDITORIA CLÍNICA
O processo de auditoria deve ser transparente
Não visa punição. É um momento avaliativo que deve orientar um novo ciclo de melhorias
Deve contar com a participação dos executores locais

Fonte: Adaptado de Benjamin (2008).

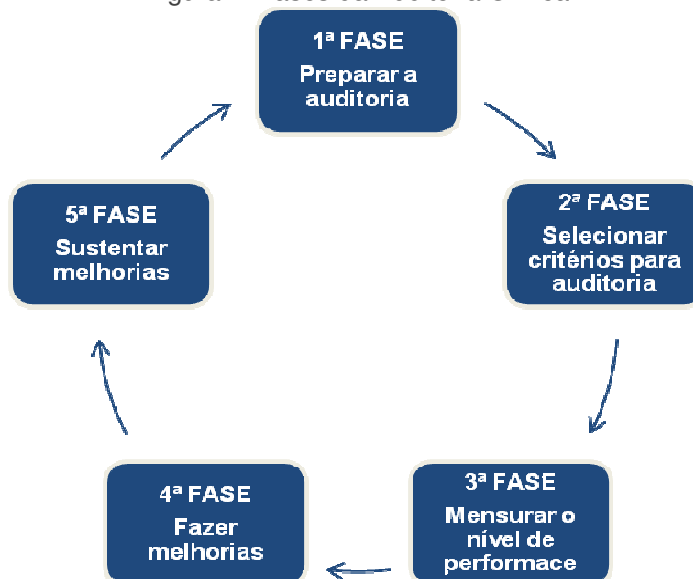
A auditoria clínica pode avaliar:

QUADRO 27: PONTOS DE AVALIAÇÃO DA AUDITORIA CLÍNICA
Estrutura
Processo
Desfecho do cuidado

Fonte: Adaptado de Benjamin (2008)

O processo de auditoria é composto por basicamente 5 fases que formam um ciclo:

Figura 4: Fases da Auditoria Clínica



Fonte: Adaptado de Benjamin (2008).

Uma vez escolhido qual o protocolo de segurança que será avaliado, a primeira fase de uma auditoria clínica é escolher o dado, indicador ou matéria a ser auditada. Nesta fase a equipe irá utilizar os conhecimentos dos profissionais que detêm informações teóricas a respeito do assunto investigado (BENJAMIN, 2008).

Deve haver consenso e concordância dentro da prática de que o tópico escolhido para auditoria é um tema em que os possíveis resultados são passíveis de mudança, ou seja, não se tem certeza da prática atual exercida ou há concordância onde a prática poderia/necessitaria ser melhorada. Exemplo: existe sólida base de evidências e recomendação científica de que a mudança de decúbito é fator preponderante para a prevenção de lesões por pressão e, portanto, este indicador (mudança de decúbito do paciente) seria um possível foco para investigação da elevação da incidência de lesões por pressão em determinado setor ou instituição. Entretanto, ao dirigir a atenção para este indicador, a equipe pode acreditar que existem dificuldades concretas na coleta de dados a respeito. Seria possível que alguém ficasse ao pé de cada leito cronometrando de quanto em quanto tempo e se o rodízio da mudança de decúbito de cada paciente está sendo realizado com a técnica adequada sem cisalhamento?

Logo, é preciso também que o dado a ser investigado seja potencialmente acessível, a coleta viável e os resultados obtidos confiáveis. Vencida estas etapas, deve ser realizada a auditoria clínica propriamente dita.

Após coleta e análise dos dados (que pode ser um compilamento dos dados em porcentagens), comunicar os dados em feedback para equipe e direção da instituição. Identificar nos dados aqueles fatores passíveis de modificação e sugerir melhorias, elaborando um plano de ação: discutir medidas educacionais e gerenciais para garantir a melhoria do processo. Após implantar as melhorias, realizar novos ciclos de auditoria.

REFERÊNCIAS

BENJAMIN, Andrea. Audit: how to do it in practice. **BJM**, Inglaterra, v. 336, n. 1, p. 1241-1245, jan./2008. Disponível em: [http://www.psychtraining.org/Audit_How-to-do-it-in-practice\(BMJ\).pdf](http://www.psychtraining.org/Audit_How-to-do-it-in-practice(BMJ).pdf). Acesso em: 2 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo de identificação do paciente.** 2013a. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf> Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** 2013b. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002490IQmwD8.pdf> Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo para cirurgia segura.** 2013c. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000024279j862R.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde.** 2013d. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002428z8pha4.pdf> Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo de prevenção de quedas.** 2013e. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Protocolo para prevenção de úlceras por pressão.** 2013f. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002429jFPtGg.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013.** Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília, DF: ANVISA, 25 set 2013g. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. For immediate release. **National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates of pressure injury** [Internet]. 2016 Abr. Disponível em: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulceradvisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-frompressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-ofpressure-injury/>. Acesso em: 29 de julho de 2019

SETZ, Vanessa Grespan; DÍINNOCENZO, Maria. Evaluation of the quality of nursing documentation through the review of patient medical records. **Acta Paul Enferm**, Brasil, v. 22, n. 3, p. 31-37, fev./2009. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-S0103-21002009000300012/1982-0194-ape-S0103-21002009000300012-en.x45416.pdf. Acesso em: 2 ago. 2020.

SOBEST. **Classificação das Lesões por Pressão - Consenso NPUAP 2016 - Adaptada Culturalmente para o Brasil.** Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35>. Acesso em: 2 ago. 2020.

13 SEGURANÇA DO PACIENTE EM SETORES ESPECÍFICOS

O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser implantado em todos os serviços que prestam assistência em saúde, conforme exigido por meio da RDC nº 36/2013. No entanto, a segurança do paciente é bastante retratada no ambiente hospitalar - tanto na literatura quanto em eventos científicos é notável a preponderante preocupação com os pacientes internados. Por este motivo, há grande dificuldade de serviços da atenção primária e outros setores específicos conseguirem se identificar nesta realidade e implantar ações de segurança. O objetivo deste capítulo é orientar os Enfermeiros coordenadores do NSP acerca das ações em cenários específicos, tais como: serviços de atenção à saúde mental; atenção primária e atendimento pré-hospitalar.

13.1 - Segurança do paciente na saúde mental

Gilberto Gonçalves de Lima

Durante muitos anos as pessoas que apresentam transtornos mentais recebiam assistência em condições precárias de cuidados e de saúde e foram renegadas pela sociedade. A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando qualificar o tratamento e à reinserção destes indivíduos na sociedade, foi implementada uma rede de atenção psicossocial. Esse movimento de fortalecimento da rede, da implantação de Residências Terapêuticas, de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principalmente CAPS que funcione 24 horas, ainda ocorre a passos lentos, favorecendo a institucionalização de muitos indivíduos nos serviços psiquiátricos (LIMA; CORTEZ, 2017).

O princípio da não maleficência preza para que a ação assistencial cause o menor dano à saúde do paciente. É necessário ter competência técnica para avaliar os riscos terapêuticos, identificando os possíveis eventos adversos, assegurando que as ações sejam benéficas, causando o menor prejuízo possível ou agravo à saúde do paciente, objetivando uma prática mais segura e menos iatrogênica, contemplando desta forma o Programa Nacional de Segurança do Paciente (SOUZA *et al.*, 2017).

Na assistência em saúde mental, o paciente possui particularidades devido seu estado psíquico. Alguns comportamentos de risco podem estar predisponentes, como suicídio, violência e autoagressão, influenciando na segurança do paciente e de quem está ao seu redor. Assim, é importante destacar que a assistência prestada ao paciente com transtorno mental contemple, além dos cuidados aplicados às condições clínicas, uma atenção aos possíveis fatores predisponentes a situações que possam ser prejudiciais ao próprio paciente, ao seu círculo social e à equipe que o assiste (VANTIL, 2018).

A utilização dos protocolos de segurança do paciente corresponde a tecnologias que devem ser utilizadas para a Segurança do Paciente em Saúde Mental, constituída por: Identificação Correta do Paciente; Higienização de Mãos; Prescrição e Administração Segura de Medicamentos; Prevenção de Lesão por Contenção; Prevenção de Quedas; Prevenção de Violência; Prevenção de Evasão de Pacientes (VANTIL, 2018).

Os protocolos possibilitam que todos os profissionais atuem amparados nas melhores práticas, segundo os princípios técnico-científicos; auxiliam na tomada de decisão do enfermeiro e permitem ajustar as não conformidades, com uma finalidade educativa.

Dentre as tecnologias gerenciais, a do diagrama em árvore pode ser uma importante ferramenta, pois apresenta sistematicamente as etapas da gestão de riscos na segurança do paciente com transtorno mental: identificação dos riscos, análise dos riscos, avaliação dos riscos e tratamento dos riscos. Cada etapa se desdobra em ações para o alcance da segurança do paciente, e cada ação possui uma matriz de controle que especifica quem, quando e se está concluída ou não (VANTIL, 2018).

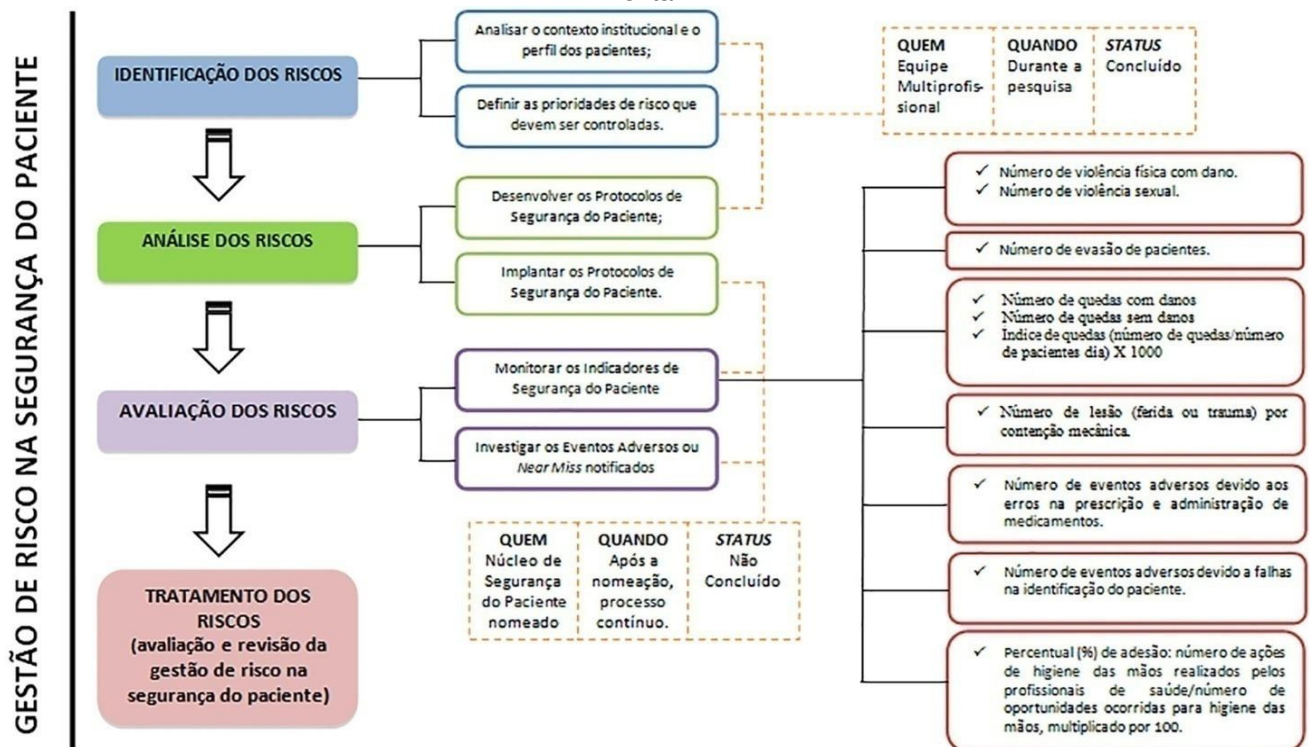
- **Identificação de riscos:** as ações são analisar o contexto institucional e o perfil dos pacientes e definir as prioridades de riscos que devem ser controlados;
- **Análise dos riscos:** as ações são desenvolver e implantar protocolos de segurança do paciente;
- **Avaliação dos riscos:** as ações referem-se ao monitoramento dos indicadores de segurança do paciente e investigação dos eventos adversos ou *Near Miss* notificados. Enfatiza-se que a primeira ação, monitorar

indicadores, desdobra-se em quais indicadores serão monitorados: número de violência física com dano; número de violência sexual; número de evasão de pacientes; número de quedas com danos; número de quedas sem danos; índice de quedas (número de quedas/número de pacientes-dia) x 1000; número de lesão (ferida ou trauma) por contenção mecânica; número de eventos adversos devido aos erros na prescrição e administração de medicamentos; número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; percentual (%) de adesão: número de ações de higiene das mãos realizadas pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

- **Tratamento dos riscos:** há a avaliação e revisão de todo o processo. Quanto à matriz de controle, as três primeiras ações mencionadas foram realizadas pela equipe multiprofissional durante esta pesquisa e a situação concluída. Quanto às outras quatro ações, serão realizadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente da instituição, após nomeação em Diário Oficial. Dessa forma, a situação dessas ações ainda não está concluída.

Na Figura, observa-se o diagrama em árvore de gestão de riscos na segurança do paciente com transtorno mental (VANTIL, 2018).

Figura 5: Gestão de riscos na segurança do paciente com transtorno mental



Fonte: VANTIL, 2017.

Um dos principais riscos do paciente em saúde mental está relacionado à administração de medicamentos antipsicóticos e psicofármacos, devido aos seus efeitos colaterais, interação com outros fármacos e também devido à própria condição do paciente, que pode não aderir ao tratamento. Pacientes portadores de transtornos mentais que comprometem a lucidez ou percepção temporo espacial, como nos casos de perda de memória recente, podem, devido ao estado delirante, não saberem informar se já tomaram o medicamento ou não. A administração de haldol decanoato em paciente errado, por exemplo, ou em dose errada é um dos problemas em administração de medicação que causam danos aos pacientes, contudo, é fundamental que os Protocolos de Identificação correta e Administração de Medicação Segura sejam implantados nestes serviços. Por outro lado, eventos adversos dos psicofármacos devem ser monitorados e a assistência de enfermagem planejada conforme esse risco. Também nos serviços substitutivos, os profissionais de enfermagem devem estar atentos aos riscos de queda, a orientar o paciente e levantar a grade da cama (VANTIL, 2018).

REFERÊNCIAS

- LIMA, Marcos Eduardo Pereira de; CORTEZ, Elaine Antunes. A cultura da segurança do paciente na saúde mental: instituindo novas práticas com a educação permanente. **Revista Pró-Universus**, v. 8, n. 2, p. 115-116, 2017. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1102>. Acesso em: 6 nov. 2020.
- SOUZA, Adrielle Cristina Silva *et al.* Segurança do paciente nos serviços comunitários de saúde mental: estudo bibliométrico. **Rev enferm. UFPE on line.[Internet]**, v. 11, p. 4671-7, nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231208/25212>. Acesso em: 6 nov. 2020.
- VANTIL, Fernanda Cordeiro Sirtoli. **Gestão de Risco na Segurança do Paciente Com Transtorno Mental**. 2018. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: <http://200.137.65.30/handle/10/8315>. Acesso em: 6 nov. 2020.
- VANTIL, Fernanda Cordeiro Sirtoliet *al.* Segurança do paciente com transtorno mental: elaboração de tecnologias gerenciais para a gestão de riscos. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000400228&script=sci_arttext&tIng=pt. Acesso em: 6 nov. 2020.

13.2 Segurança do paciente na atenção primária à saúde

Gilberto Gonçalves de Lima

A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como o principal ponto de acesso ao Sistema Único de Saúde brasileiro e deve coordenar a comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Um sistema de atenção à saúde, ao considerar que o ser humano pode errar, se antecipa na identificação de possíveis riscos, prevenindo que incidentes cheguem até o paciente e lhe cause danos. Muito do que é aplicado no âmbito hospitalar em relação à segurança do paciente poderá ser utilizado na APS, levando em consideração as particularidades e características peculiares em toda a rede de atenção à Saúde, para que se possa oferecer um cuidado seguro (PAESE; SASSO, 2013) .

Para a implantação das ações necessárias com o objetivo de melhoria da qualidade da assistência, pautado na Segurança do Paciente, é imprescindível que, além do envolvimento e participação dos profissionais da área técnica, haja também vontade política, ou seja, que os gestores possam assumir a responsabilidade de investimento na Segurança do Paciente, apoiando a elaboração e execução de um plano que contemple a qualidade e Segurança dos usuários na assistência primária à Saúde. Assim, os processos de qualidade e de segurança do paciente na APS somente terão êxito e serão perenes, caso haja participação, consentimento das lideranças e gestores do sistema municipal, do prefeito e da secretaria municipal de saúde através do seu secretário municipal de saúde (PAESE; SASSO, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2017) .

O tema “Segurança do Paciente” chega como algo novo para a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo fundamental ser contemplado no plano de governo municipal e no planejamento estratégico, incorporando os documentos oficiais norteadores do sistema de saúde municipal (RIBEIRO *et al.*, 2017).

A APS deverá, conforme a RDC n° 36, implantar e constituir o núcleo de segurança do paciente e, posteriormente, confeccionar seu plano. Para a definição de estratégias iniciais e de sensibilização, inicialmente, é fundamental a avaliação da cultura de segurança do paciente e conhecer a cultura de segurança estabelecida. Para a avaliação da cultura de segurança poderão ser utilizadas ferramentas

descritas no tópico específico deste documento sobre a avaliação da Cultura de Segurança (BRASIL, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2017).

Para o âmbito da APS, os municípios podem adotar dois modelos de conformação de NSP: - modelo único, para municípios com baixo número de unidades, conseguindo executar as ações de melhoria da qualidade e de segurança, com apenas um NSP; - modelo múltiplo, podendo ser através de um NSP para cada unidade APS, ou um NSP para cada região de saúde do município que concentra um número de unidades de APS. Nas situações em que adotar o modelo múltiplo, deve ser considerada a necessidade de um Núcleo/Grupo/Setor a fim de coordenar o conjunto de NSP. Contudo, pode-se implantar NSP para todos os serviços ambulatoriais, integrando além da APS os serviços de atenção secundária (BRASIL, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2017).

QUADRO 28: MODELOS DA CONFORMAÇÃO DE NSP NA APS

MODELO	NOMENCLATURA	CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO	FUNÇÃO	COMPOSIÇÃO
Único	NSP municipal	Município com poucas unidades de APS que adote um único NSP para todas as unidades.	Coordenar e executar todas as ações de qualidade e segurança do paciente dispostas no Plano Municipal de segurança do Paciente (PMSP)	Presidente: gestor municipal ou coordenador de APS do município Coordenador: profissional de nível superior específico para atuar no NSP Membros titulares e suplentes: representantes das unidades de APS do modelo tradicional e da Estratégia Saúde da Família, representantes de outras unidades afins da rede de atenção e representantes do conselho local, regional e/ou municipal de saúde.
Múltiplo	NSP regional	Município com quantidade grande de unidades de APS espalhadas por diversas regiões de saúde.	Coordenar e executar as ações de qualidade e segurança do paciente para a região de saúde, de acordo com o PMSP	Participantes:

	NSP local	Município com Unidades de APS distribuídas em diversas regiões de saúde e que tenham grandes diferenças nos processos de trabalho.	Coordenar e executar as ações de qualidade e segurança do paciente para a unidade de APS, de acordo com o PMSP	estudantes, pesquisadores e cidadãos da comunidade que se interessem peça discussão e luta pela qualidade da assistência. Tanto o presidente, o coordenador e os membros possuem direito à voz e voto, porém os participantes somente têm direito à voz.
--	-----------	--	--	--

Fonte: RIBEIRO et. al, 2017.

É imprescindível que o coordenador do NSP dedique-se exclusivamente para as ações de qualidade e segurança do município, que possua conhecimento na área de segurança do paciente, com capacidade de integração, e boas relações com as equipes de saúde e seus profissionais. Os demais membros do NSP deverão ser profissionais das unidades de APS e das demais áreas afins da SMS que participa da rede e contribui para assistência primária, como das áreas da farmácia, de diagnóstico laboratorial e imagem, dentre outras. É importante também que conheçam os processos de trabalho na APS e demonstrem motivação e liderança para atuarem em uma função que exige dedicação e persistência para conseguirem resultados positivos (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Conforme o art. 6º da RDC nº 36 da ANVISA, o NSP deve adotar seguintes princípios e diretrizes na APS: I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde. Deve-se enfatizar a atenção especial às tecnologias leves, como aquelas que se referem às relações pessoais: produção de vínculo, acolhimento, e pessoas, às tecnologias leve-dura, que representam os saberes ou conhecimentos bem estruturados que atuam no processo de trabalho, como a clínica, a epidemiologia, os saberes específicos da Administração. Estas primeiras são fundamentais para uso das tecnologias duras que compreendem os equipamentos tecnológicos, como as máquinas e equipamentos, normas e estruturas organizacionais; II - A disseminação sistemática da cultura de segurança; ainda pouco refletida e desenvolvida na APS; III - A articulação e a integração dos

processos de gestão de risco, incluindo as ações de vigilância epidemiológica e sanitária na APS e na comunidade; IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, considerando as práticas relatadas na literatura, a exemplo do serviço de imunização, e as notificações de incidentes na APS (MERHY, 2006; BRASIL, 2013; RIBEIRO et. al, 2017).

As competências do NSP para a APS estão descritas no quadro abaixo:

QUADRO 29: COMPETÊNCIAS DO NSP NA APS
COMPETÊNCIAS DO NSP NA APS
Promover ações para a gestão de risco nas unidades de APS
Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional
Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas.
Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizadas e acompanhar as ações vinculadas ao Plano Municipal de Segurança do Paciente na atenção primária.
Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores.
Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes.
Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade.
Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos.
Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos.
Compartilhar e divulgar à gestão municipal e aos profissionais da rede os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos.
Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, se necessário, as notificações de eventos adversos.
Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades

sanitárias.

Fonte: BRASIL, 2013.

O Gestor juntamente com os profissionais deve discutir o método de trabalho do NSP coordenador, caso escolha o modelo múltiplo e a implantação dos diversos NSP regional ou local (modelo múltiplo) ou do NSP municipal (modelo único). São necessárias reuniões periódicas e sistematizadas, com pauta para discussão enviada previamente para os membros e método para se tomar decisões predefinido e disposto em regimento interno do NSP. Ao final de cada reunião deve ser realizado um plano de ação, responsabilizando cada membro por ações em determinado tempo. Este documento deve ser revisto na reunião subsequente, sendo um instrumento de gestão para o coordenador do NSP gerenciar as ações propostas. As reuniões de trabalho do NSP devem ser documentadas por meio de atas, lista de presença ou outras formas definidas pelos membros (RIBEIRO et. al, 2017).

A elaboração do PMSP está previsto no artigo 8º da RDC nº 36 de 2013. Assim, o NSP deverá definir as primeiras estratégias específicas para a APS, conforme o quadro:

QUADRO 30: ESTRATÉGIAS E AÇÕES DO PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS	
ESTRATÉGIAS E AÇÕES	EXEMPLO PARA A APS
Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática.	Riscos clínicos: riscos de epidemias de dengue Riscos não clínicos: falta de energia em determinada região ser identificada antecipadamente para a segurança dos imunobiológicos
Integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos	Integração do trabalho das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias
Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde	Identificação do paciente (atenção especial para o método de produção, uso e arquivamento dos prontuários manuais individual e familiar dos usuários do serviço); higiene das mãos; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas dos pacientes; prevenção de úlceras por pressão no domicílio
Segurança no pré e pós cirurgia no domicílio	Orientações e assistência no pré e pós cirúrgico no domicílio
Capacitação dos usuários para solicitação de hemocomponentes para as cirurgias eletivas	Campanhas para solicitação de doadores de sangue para os pacientes com cirurgias eletivas agendadas pertencentes à área de abrangência da unidade.

Segurança no uso de equipamentos e materiais	Uso adequado das câmaras frias de imunização e matérias de suporte básico de vida da maleta de urgência.
Orientação no uso de órteses e próteses em domicílio, após procedimento realizado	Assistência no uso de andadores em pacientes com sequelas motoras advindas de um AVC
Prevenção e controle de eventos adversos (EA), incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)	Discutir com a equipe as formas que a APS pode contribuir para a prevenção de IRAS na atenção hospitalar, conforme estudo realizado no Brasil
Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral realizadas em domicílio	Assistência aos pacientes com sequelas de AVC que se alimentam por via enteral
Comunicação efetiva entre profissionais da APS e entre os demais profissionais da rede	Desenvolvimento do sistema de referência e contra-referência.
Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada	Estimular o empoderamento do paciente como sujeito do seu processo saúde doença.
Promoção do ambiente seguro	Sinalizar os obstáculos físicos existentes na unidade para prevenção de quedas.

Fonte: RIBEIRO et. al, 2017.

O PMSP deve ser elaborado com a participação de todos os profissionais do NSP ou fora dele, bem como os usuários dos serviços, a sociedade organizada e os conselhos de saúde. Pode ser construído antes ou após a avaliação da cultura de segurança dos profissionais que atuam na APS. Para a definição de estratégias iniciais e de sensibilização, é imprescindível a avaliação da cultura de segurança do paciente, a qual deverá ser utilizada inicialmente, pois a qualidade da assistência ocorre a partir de um atendimento seguro, sendo importante conhecer a cultura de segurança estabelecida. Para essa avaliação, os profissionais poderão utilizar uma das ferramentas já descritas anteriormente, como a SAQ (PAESE, SASSO, 2013; RIBEIRO et. al, 2017).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF:

ANVISA, 26 jul. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

MERHY, E. E. *et al.* **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público. Saúde em debate – série didática.* São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 113-160.

PAESE, Fernanda; SASSO, Grace Teresinha Marcon Dal. *Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 6 nov. 2020.

RIBEIRO, Helen Cristiny Teodoro Couto. *et al.* **Qualidade e Segurança no Cuidado na Atenção Primária à Saúde.** In: Marina Celly Martins Ribeiro de Souza; Natália de Cássia Horta. *Enferm. em saúde coletiva: Teoria e prática.* 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2017, p. 100-134.

13.3 Segurança do paciente no Atendimento Pré-hospitalar (APH)

Antônio José de Lima Junior

Os incidentes relacionados à assistência à saúde podem ocorrer em todos os pontos da assistência à saúde, inclusive nos serviços móveis de urgência ou transporte de pacientes. Isso apesar dos serviços móveis, os consultórios individualizados, os laboratórios clínicos entre outros, não fazerem parte do escopo na RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013b), que orienta a estruturação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), previstos no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Brasil.

O PNSP designa aos estabelecimentos de saúde a necessidade de comporem os NSP, cuja atribuição essencial é a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP), que institucionaliza as ações pela segurança do paciente, aponta as situações de risco mais comuns, descreve as estratégias e ações para a gestão do risco, redesenha os processos, identifica e fortalece a cultura de segurança do paciente (BRASIL, 2013b).

A constituição (composição) e nomeação do NSP é de responsabilidade da direção do serviço de saúde, que deve delegar e conferir aos membros

responsabilidade e autoridade para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde (BRASIL, 2013a).

Embora os serviços móveis tenham ficado fora da obrigatoriedade da instituição do NSP, é de suma importância a identificação das situações de risco e a mitigação dos incidentes que ocorrem nestes ambientes de assistência. Por isso, é recomendado que cada serviço desenvolva o PSP, realize análise dos riscos e proponha intervenções, de acordo com suas necessidades.

Contudo, as pesquisas sobre segurança do paciente na área do atendimento pré-hospitalar são escassas. E, visando amenizar esta deficiência, pesquisadores (CASTRO et al, 2018), a partir da análise dos riscos no atendimento pré-hospitalar móvel, sob a ótica do enfermeiro, propuseram os 10 passos para a segurança do paciente, que podem ser utilizados como guia para os serviços móveis.

São eles:

Passo 1: identificar o paciente por meio de pulseira, com cores que sinalizem sua gravidade, principalmente nos casos de múltiplas vítimas;

Passo 2: segurança relacionada à higienização das mãos;

Passo 3: segurança na administração de medicamentos;

Passo 4: segurança e padronização do acondicionamento de equipamentos e materiais;

Passo 5: atenção para as especificidades do atendimento pré-hospitalar móvel;

Passo 6: incentivar e valorizar a participação do paciente e família no processo de cuidar;

Passo 7: promover a comunicação com a central de regulação por meio de radiocomunicação correta ou outras tecnologias, tais como a telemedicina e tele-enfermagem;

Passo 8: prevenção de traumas e quedas; fixar os equipamentos devidamente na ambulância; checar cintos de segurança e travas das macas;

Passo 9: proteger a pele de lesões adicionais provenientes de fricção e cisalhamento; retirar roupa suja e úmida de área de contato com a prancha; evitar contato direto da pele com a prancha rígida;

Passo 10: compreender o benefício e o impacto do uso de todos os equipamentos da ambulância; zelar e verificar o funcionamento das máquinas e equipamentos.

A partir destas recomendações (10 passos) os serviços podem elaborar *checklist* para ser preenchido no preparo da unidade móvel, durante e após o atendimento, observando a importância dos registros de enfermagem e a notificação de incidentes ou *near misses* que ocorreram durante o atendimento.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: ANVISA, 26 jul. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 529**, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: 2013. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 6 nov. 2020.

CASTRO, G. L. T. *et al.* Proposta de passos para a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 3, p.1-9, 6 ago. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300309&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 jun. 2019.

14 A RELAÇÃO COM O ACOMPANHANTE E O DISCLOSURE

Andréia Oliveira de Paula Murta

Nas organizações maduras em gestão da segurança do paciente, o acompanhante e a família do paciente são considerados aliados, devendo haver uma comunicação aberta e singular entre eles e os membros da equipe assistencial (MARQUES *et al.*, 2019).

O paciente e sua família podem auxiliar na vigilância do seguimento de protocolos assistenciais, como, por exemplo, se os profissionais que entraram no quarto ou enfermaria lavaram as mãos antes de tocar no paciente; ou se o profissional trouxe um medicamento que o paciente não estava utilizando normalmente, alertando a equipe para uma possível troca e “obrigando” a conferir a prescrição no prontuário. Essa relação - que historicamente muitos profissionais podem considerar como uma barreira - na verdade deve ser incentivada de forma que se torne colaboração, parceria. Assim, mais pessoas passam a contribuir pela vigilância da segurança do paciente e, pode-se dizer que nunca é demais. Instituição, profissionais, alunos, pacientes e acompanhantes são corresponsáveis por criar um ambiente seguro e de qualidade, no sentido de horizontalizar o protagonismo em saúde.

Muitas instituições, inclusive, orientam aos pacientes e seus acompanhantes, no ato da internação, sobre a gestão da segurança do paciente dentro do serviço, quais os protocolos estão implantados e como participar ativamente, de modo a contribuir com o gerenciamento de riscos. O paciente é orientado não só a notificar possíveis eventos adversos, mas também a ter uma conduta preventiva e ser vigilante, na medida do possível.

A comunicação oferece a oportunidade de *feedbacks* entre as partes, favorecendo à construção de uma relação profissional-paciente mais próxima, influenciando a terapêutica, a adesão ao tratamento e a educação em saúde (PRADO *et al.*, 2019).

Outra forma de comunicação entre equipe de saúde e pacientes, que tem sido tratada na literatura e nas organizações de saúde de modo especial, é a comunicação de erros quando esses se materializam em eventos adversos. O *disclosure* é o termo utilizado para definir o momento de comunicação da instituição

de saúde ao paciente e sua família quando ocorre um erro no processo do cuidado. A divulgação aberta de notícias sobre o erro é um requisito da cultura justa (SOUSA; MENDES, 2019).

O *disclosure* é um momento de revelação, considerado como um ato de lealdade ao paciente, em que se admite o erro e se declara a verdade. Devido à longa cultura de culpabilização, os profissionais de enfermagem demonstram-se relutantes quanto à comunicação de erros, o que gera subnotificação de erros, impede oportunidades de aprendizado e de melhoria do cuidado prestado. Entretanto, pesquisas revelam que os pacientes esperam explicação e pedido de desculpas quando ocorre algum erro. A ausência desta comunicação aberta e honesta gera perda da confiança na equipe, na instituição e pode aumentar a chance de judicializações (LEITÃO *et al.*, 2013; BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

O *disclosure* foi inicialmente implantado no Brasil nas instituições privadas, devido às exigências dos programas de qualidade dos quais essas instituições participam. Entretanto, considerando que qualquer usuário possui o direito de receber informações claras e precisas sobre seu diagnóstico e tratamento, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe uma comunicação efetiva entre os serviços de saúde e os usuários, a fim de reduzir ruídos e entraves no atendimento público de saúde (CANELADA *et. al*, 2020)

A ausência de explicações após a ocorrência de um evento adverso gera insegurança no paciente e na população, quebrando a relação de confiabilidade com a instituição e criando uma imagem negativa do serviço. Portanto, o *disclosure* deve ser realizado tanto em instituições de saúde privadas quanto públicas (CANELADA *et. al*, 2020).

Não existe padrão para a realização do *disclosure*. Há um consenso, entretanto, que este momento deve ser honesto e transparente, em local tranquilo, confortável e reservado. A revelação deve englobar informações como, por exemplo:

1. O evento e a causa do evento;
2. Reconhecimento da culpa e sincero pedido de desculpas;
3. Consequências do evento para o paciente: identificação de danos;
4. O que foi realizado para minimizar as consequências do evento para o paciente;

5. Comprometimento com a continuidade do cuidado ao paciente e tratamento adicional, se necessário;
6. O que será realizado pela instituição para corrigir as falhas, melhorar os fluxos de trabalho e evitar recorrências;
7. Como a família/ paciente pode contactar a instituição, oferta de apoio psicológico e cobertura de despesas;
8. Esclarecimento de dúvidas (SOUSA; MENDES, 2019).

Há de se demonstrar também preocupação com os profissionais envolvidos no evento adverso, com a sua capacitação e continuidade no serviço, de forma a ampliar a transversalidade do processo em todos os âmbitos relacionados (CANELADA *et al.*, 2020).

O *disclosure* deve ser realizado para os eventos que geram dano, sendo que normalmente é realizado quando o evento é grave, causa óbito ou foi presenciado pelos familiares ou paciente. Mas também pode ser praticado em ocorrências de menor importância, como forma de preparar o profissional para este tipo de comunicação. As técnicas de simulação também contribuem para promover a aprendizagem dos profissionais diante de situações críticas (MORAES *et al.*, 2020).

Na ocorrência de um evento adverso elegível para a realização de *disclosure*, o fato deve ser comunicado ao Núcleo de Segurança do Paciente, oportunidade em que o Enfermeiro coordenador aciona a equipe de referência. O *disclosure* deve ocorrer em tempo hábil, por profissionais capacitados, de forma clara, utilizando técnicas de comunicação adequadas. O *disclosure* inicial deve ocorrer em até 24 horas após o evento, devendo ser previamente planejado pela equipe multiprofissional de referência. Neste primeiro momento, a equipe deverá focar no acolhimento ao paciente, nos cuidados assistências imediatos necessários, em identificar as impressões do usuário sobre o evento, registrar o evento e planejar as ações de melhoria do processo de trabalho. O *disclosure* final deverá ocorrer após análise de causas do evento (CANELADA *et. al.*, 2020).

Não há impedimento para que o profissional de enfermagem seja capacitado para participar das sessões de *disclosure*. Entretanto, não é recomendável que o profissional de enfermagem diretamente envolvido no evento participe da sessão, principalmente em casos de ocorrências graves, devido à incerteza quanto a reação do paciente e da sua rede de apoio e também devido ao desgaste emocional do

profissional, que pode se sentir constrangido, humilhado e culpado. O sentimento de vergonha e o medo de represálias relacionadas à necessidade de comunicar o seu erro ao paciente e colegas de trabalho são anseios que devem ser trabalhados por meio de educação permanente e da cultura de segurança. Devem ser criteriosamente analisados os riscos e benefícios da comunicação; quem deverá participar da revelação; assim como o que será revelado e como, considerando as diferenças culturais e linguísticas, baseando-se em evidências científicas e nas técnicas previamente treinadas (SOUSA; MENDES, 2019; LEITÃO *et al.*, 2013; BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

Há estudos que apontam que o *disclosure* é uma boa prática, que centra o cuidado no paciente e reduz a judicialização, trazendo benefícios aos pacientes, aos profissionais e à própria instituição, além de ser uma obrigação ética e moral (TIGRE *et al.*, 2013; BELELA *et al.*, 2010). Outras literaturas ainda discutem se a comunicação possui efeito ou não na decisão do paciente em iniciar o litígio (SOUSA; MENDES, 2019).

REFERÊNCIAS

BELELA, Aline Santa Cruz; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 3, p. 257-263, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2020.

CANELADA, Haline Fernanda *et al.* **Disclosure: participação de usuários e sua rede de apoio social na Ocorrência de eventos adversos**. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/155/155.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda *et al.* Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 6, p. 1073-1083, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419003.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

MARQUES, Juliana *et al.* Safety Culture and the Communication Process among Nursing Team Members. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 87, n. 25, 2019. Disponível em: http://revistaenfermagematual.com/arquivos/ED_86_REVISTA_24/49_EN.pdf. Acesso em: 6 nov. 2020.

MORAES, Sirlei Lima *et al.* Conhecimento de acadêmicos de enfermagem referente ao erro humano e à segurança do paciente. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 84, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41144/html>. Acesso em: 16 nov. 2020.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. Editora Fiocruz, 2019. 268 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf#page=75>. Acesso em: 16 nov. 2020.

PRADO, Roberta Teixeira *et al.* Comunicação no gerenciamento do cuidado de enfermagem diante do processo de morte e morrer. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072019000100333&script=sci_arttext&tIng=pt. Acesso em: 6 nov. 2020.

15 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E OS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Andréia Oliveira de Paula Murta

O aumento da judicialização da saúde ocorre num momento em que a população, cada vez mais orientada, com o advento da internet, das redes sociais e da facilidade de acesso à informação, conhece e aciona seus direitos num fenômeno legítimo de garantia da cidadania. A judicialização proporciona redução das desigualdades e vulnerabilidades de grupos sociais (BASTOS *et al.*, 2020; COSTA, 2019; VENTURA *et al.*, 2010).

No direito sanitário, as responsabilidades do profissional e da instituição são analisadas de forma diferenciada tanto na perspectiva legal quanto na dimensão ética. Os profissionais podem responder por seus erros nas esferas administrativa, penal, civil e ética (COSTA, 2019; VENTURA *et al.*, 2010)

A responsabilidade dos profissionais de saúde é analisada de forma subjetiva, o reclamante deve comprovar que o profissional não agiu conforme as boas práticas médicas e que cometeu algum erro, imperícia ou negligência que lhe causou o dano. A obrigação do Estado é objetiva, pois o reivindicante deve apenas comprovar a relação causal efetiva entre a omissão/ação do ente público e o dano reclamado pelo cidadão. Para ilidir sua culpa, o Estado que deve comprovar que o referido dano não poderia ter sido evitado ou minimizado (VENTURA *et al.*, 2010).

Diante deste cenário, destaca-se a necessidade de os profissionais de enfermagem utilizarem as anotações como ferramenta de respaldo para suas ações. O profissional de enfermagem, muitas vezes mal dimensionado e sobrecarregado, atuando em longas jornadas, aliado à estrutura precária dos serviços de saúde, em situação em que deve priorizar qual atividade assistencial será realizada, acaba por menosprezar a importância de anotações de enfermagem completas, fidedignas e em tempo real, conforme preconizado pela Resolução Cofen n° 514/2016.

A documentação do cuidado prestado é uma fragilidade e a principal consequência do negligenciamento das anotações é a ausência de provas que confirmem que a assistência foi prestada e de forma adequada, constituindo meio que justifica as condutas adotadas (SOUSA; MENDES, 2020; COSTA, 2019).

Neste contexto, a enfermagem se torna mais uma vez o elo fraco da corrente: o subdimensionamento que gera sobrecarga de trabalho; a sobrecarga que gera cansaço, fome, stress, atitudes imprudentes; que são por si só fatores

predisponentes a eventos adversos, ainda geram falta de tempo para realizar as anotações de enfermagem; dificuldade ou falta de autonomia no gerenciamento de prioridades que, no decorrer de uma judicialização, podem conferir o caráter de negligência.

Um exemplo disto é o paciente que recebe mudança de decúbito periodicamente, em que são protegidas suas proeminências ósseas, recebe banho de leito e hidratação da pele, e vários procedimentos de prevenção em que os profissionais de enfermagem despendem muitas horas do seu período de trabalho e, que por falta de tempo em anotar as que foram realizadas, são acusados de negligência pela família quando o paciente desenvolve uma lesão por pressão e, o juiz, sem provas do contrário, o condena a danos morais.

Percebe-se que a injustiça contra os profissionais de enfermagem é cometida por muitas frentes, em uma cadeia que pode também ser representada pelo modelo do queijo suíço, sendo que há uma sociedade que ainda não notou a importância dos profissionais de enfermagem e não contribui para a cobrança de quantitativos adequados. A isso se soma o fato de que as instituições de saúde enxergam a enfermagem como custo, dado seu grande quantitativo, em que a gerência de enfermagem não possui autonomia para contratações e é o tempo todo pressionada para a redução de quadro. Com quadro insuficiente, os profissionais ainda têm que entregar o mesmo resultado, ou seja, 100% dos pacientes internados assistidos. Sendo assim, é necessário alertar os profissionais de enfermagem para que, enquanto não é providenciado quantitativo adequado - considerando-se o cálculo de horas necessárias com base em um sistema de classificação de pacientes (SCP) - e enquanto as demais situações também não são solucionadas, a única oportunidade de defesa que possuem está nas anotações em prontuário.

Conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, os pacientes têm o direito de ter toda a sua assistência anotada em prontuário (BRASIL, 2009).

A Resolução Cofen nº 514, de 2016, que publicou o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente, ressalta que os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros. Os registros realizados no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de defesa

dos profissionais. Para serem consideradas autênticas e válidas, as anotações deverão possuir assinatura do autor do registro e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento (COFEN, 2016).

Todas as atividades de enfermagem devem ser registradas no prontuário do paciente e embasadas no processo de enfermagem, que concede critério científico aos cuidados de enfermagem, conforme Resolução Cofen n° 429, de 2012, e Resolução Cofen n° 358/2009, respectivamente.

O processo de enfermagem também traz segurança ao profissional de enfermagem à medida que sistematiza a individualização do cuidado. Desta forma, há maior possibilidade de o paciente receber os cuidados que realmente precisa e não apenas aqueles descritos em formulários padrão de protocolos preestabelecidos. O plano de cuidados para cada paciente é acompanhado quanto aos resultados esperados e novos diagnósticos de enfermagem são formulados, gerando prescrições de cuidados efetivos para as necessidades particulares (DUARTE *et al.*, 2020).

Conclui-se que, para a garantia da segurança do paciente em enfermagem, não bastam os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde - que são importantes direcionadores e metas mínimas a serem cumpridas - mas é necessário que os enfermeiros sistematizem os cuidados a seus pacientes por meio do conhecimento científico do cuidar. Quando isto é realizado, utilizam-se de protocolos, *guidelines* e boas práticas da mesma forma, mas além disso, planeja-se o cuidado. A verdadeira qualidade da assistência de enfermagem apenas poderá ser mensurada quando o processo de enfermagem for aplicado, de modo deliberado, em todas as suas cinco etapas, em todas as instituições de saúde do país (DUARTE *et al.*, 2020).

Pensando nisso, o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais possui o “Projeto de Instrumentalização da Fiscalização do Processo de Enfermagem”, objetivando que os Enfermeiros Fiscais sejam capazes de orientar os enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem na árdua tarefa de tornar o processo de enfermagem como ferramenta para fomentar a qualidade assistencial. Para participar do projeto, o enfermeiro responsável pelo serviço de enfermagem deve procurar o Enfermeiro Fiscal da sua instituição.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Soraya Pina; FERREIRA, Aldo Pacheco. A judicialização da saúde: uma atuação da magistratura na sinalização da necessidade de desenvolvimento e de implementação de políticas públicas na área da saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 48-60, 2020. <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe4/48-60/pt/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 26 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 26 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 429**, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília, DF: Cofen, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 26 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 514**, de 5 de maio de 2016. Aprova o guia de recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 26 ago. 2020.

COSTA, Fagner Henrique. **O prontuário médico frente à judicialização da medicina**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Medicina) Faculdade de Medicina, Centro Universitário UNIFACIG. Manhuaçu, 2019. Disponível em: <http://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorio/article/view/1832>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DUARTE, Evelin Leite *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem e a segurança do paciente. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 10, n. Especial, p. 113-118, 2020. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23424>. Acesso em: 17 nov. 2020.

VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 77-100, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2010.v20n1/77-100/>. Acesso em: 17 nov. 2020

16 O FLUXOGRAMA DE ATOS INSEGUROS

Andréia Oliveira de Paula Murta

Em 1997, Reason propôs um método de verificação dos erros notificados quanto à relação com fatores individuais e/ou fatores sistêmicos. A aplicação de uma análise neste sentido, por parte do núcleo de segurança do paciente, contribui na implantação da cultura de não culpabilização dos profissionais e demonstra que as instituições possuem preocupação em tornar seus processos de trabalho mais seguros.

Segundo Reason (1997), as ações podem ser intencionais ou não-intencionais, assim como suas consequências. Quando a ação é intencional e as consequências também, o profissional pode ser considerado culpado, o que pode estar relacionado a uma personalidade perversa. Entretanto, o erro é não-intencional na maioria das vezes. A compreensão de que os erros advêm das fragilidades nos processos de trabalho contribui para a adoção de medidas de prevenção de riscos. Apesar de os profissionais serem falíveis e susceptíveis a deslizos e lapsos, a intenção em acertar normalmente está presente (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010). A tendência em estigmatizar o erro e relacioná-lo à incompetência é um dos obstáculos para a cultura do paciente (SOUSA, MENDES, 2019).

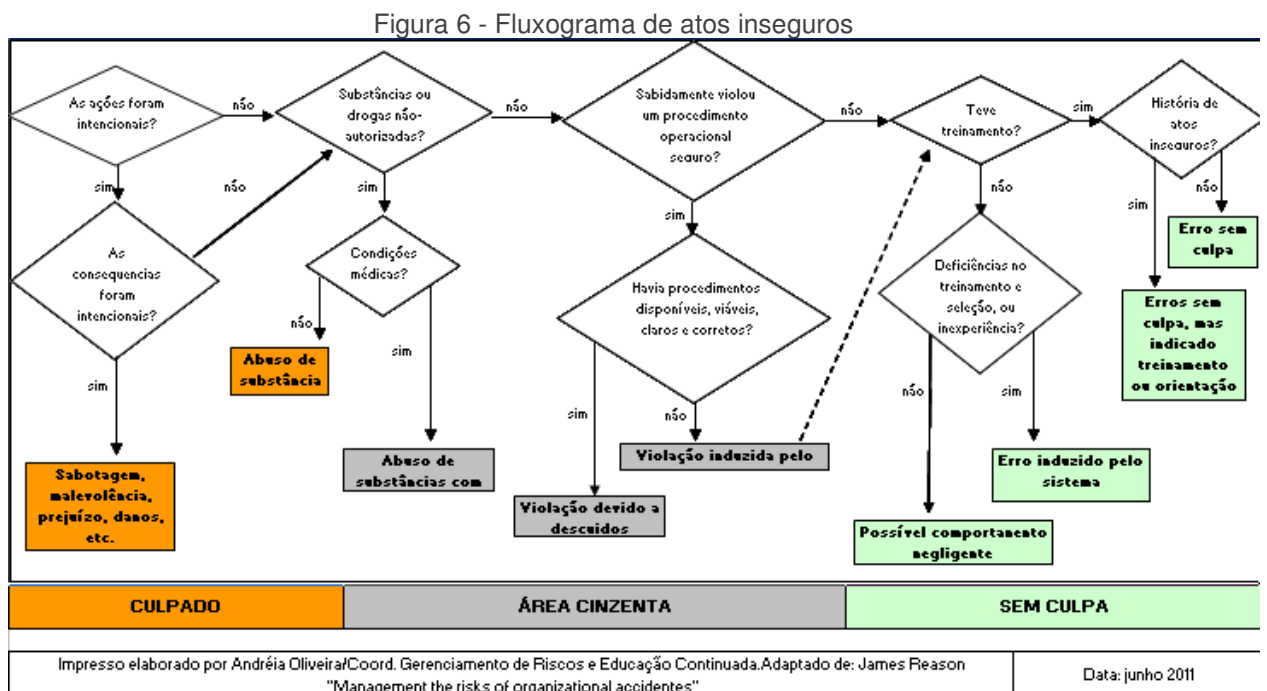
É relevante avaliar se o profissional possui histórico em envolver-se com atos inseguros e incidentes, podendo estar relacionado a questões individuais (cansaço, stress) ou à falta de capacitação para a realização da atividade. Há outras variáveis a serem consideradas, como, por exemplo, se as ações foram realizadas sob o uso de substâncias não autorizadas; se a instituição não possuía procedimentos formais descritos sobre o procedimento ou se não havia treinado o profissional previamente. Tais detecções podem indicar que houve uma falha induzida pelo sistema e que o profissional não é culpado (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010). Não se deve confiar que apenas treinar o profissional é suficiente (SOUSA, MENDES, 2019).

As ações induzidas pelo sistema indicam falhas nos processos de trabalho e a necessidade de serem implantadas melhorias, entendendo os procedimentos como dinâmicos, flexíveis e passíveis de mudanças capazes de evitar com que novos eventos ocorram com o paciente, decorrentes do mesmo processo de trabalho. Quando detectadas, as falhas devem ser imediatamente informadas aos

demais profissionais que realizam o mesmo procedimento, informando a forma de prevenção e correção. É importante que essa informação seja formalizada e ocorra em meio conhecido e de fácil acesso aos profissionais. Tornar público o problema possibilita o estudo das possíveis soluções de forma crítica e resolutiva (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010).

É importante que a instituição seja aberta a receber sugestões dos profissionais quando estes observarem possibilidades de melhoria nos processos de trabalho, especialmente quando o relato indica que determinado fluxo poderia impedir novas falhas.

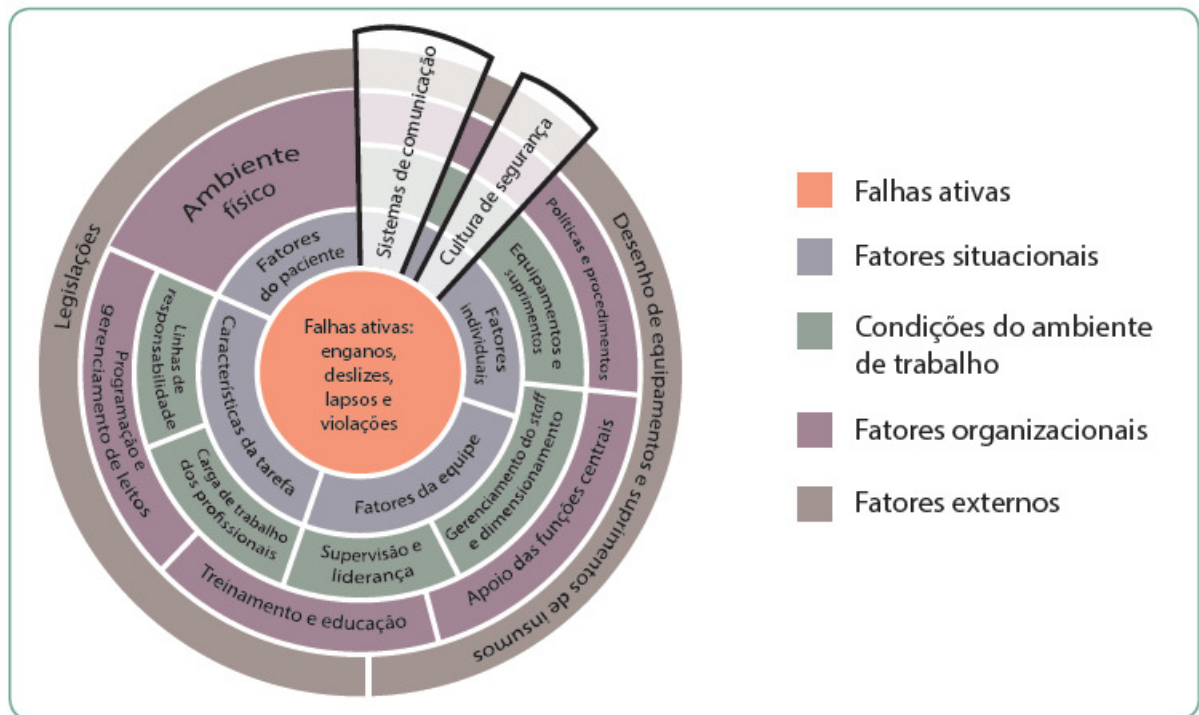
Abaixo a demonstração do fluxo proposto por Reason:



O método elaborado por Reason pode ser aplicado nas instituições de saúde, melhorado ou adaptado, conforme o perfil institucional. A literatura aborda também outros métodos, tal qual o TRIPOD. O tripod é um método que objetiva identificar falhas latentes aos sistemas, partindo do princípio que os atos inseguros não ocorrem de forma isolada e são influenciados por fatores externos. O tripod recebeu este nome por se basear no tripé: gerenciar e controlar tipos de falhas; aprender com acidentes; minimizar atos inseguros. A análise baseia-se nas barreiras vencidas; atos inseguros; pré-condições que permitiram o ato inseguro; falhas

latentes; decisões falíveis. A análise pode ser realizada por meio de perguntas ou árvore de problemas (MIRANDA, 2011).

Figura 7 - Método tripod



Fonte: Adaptado de Lawton et al. (2012).

Essas metodologias podem ser utilizadas para tornar a análise de causas mais objetiva, evitando que cada situação e cada profissional possua um tratamento diferenciado. Especialmente quando mais de uma pessoa é responsável pelas análises é importante reduzir o grau de subjetividade na avaliação do incidente. Qualquer que seja a metodologia de análise sistêmica do incidente, o reconhecimento da vulnerabilidade da condição humana é importante para evitar a culpabilização imediata do profissional e que ele se torne a segunda vítima (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010).

REFERÊNCIAS

COLI, Rita de Cássia Pires; ANJOS, Marcio Fabri dos; PEREIRA, Luciane Lucio. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. Tela 27-Tela 33, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421933005.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. p. 1-268.

REASON James. **Managing the Risks of Organizational Accidents**. Publisher: Ashgate, 1997.

17 A SEGUNDA VÍTIMA

Fabiana Guerra Pimenta

O termo 'segunda vítima' é utilizado para o profissional de saúde envolvido em um evento adverso e imprevisto, erro assistencial ou dano ao paciente. Por diversas vezes, este profissional pertence à equipe de enfermagem, uma vez que esta categoria está envolvida na maioria dos processos de serviços de saúde. Chamamos de "primeira vítima" o próprio paciente que sofreu o dano (ULLSTRÖM *et al.*, 2014).

Normalmente, os profissionais envolvidos nestes eventos apresentam quadro de sofrimento emocional, por períodos prolongados e este sofrimento pode estar relacionado à resposta da instituição ao evento. As manifestações da segunda vítima podem passar por ansiedade, pressão e vergonha pelo evento. O auxílio deficiente e a falta de feedback podem tornar mais difícil a resposta emocional ao evento. É evidente na literatura a necessidade de investigar o evento adverso de maneira transparente, sendo que esta atitude beneficia tanto a primeira quanto a segunda vítima do evento adverso (ULLSTRÖM *et al.*, 2014 e CLANCY, 2011).

A literatura ainda relata que a redução da resposta punitiva da instituição aos erros e o estímulo a interações de apoio entre colegas, supervisores e na instituição podem ser estratégias úteis para gerir a gravidade das experiências das segundas vítimas (QUILLIVAN *et al.*, 2016).

A AHRQ (Agência Americana de Qualidade em Saúde) aconselha que as instituições de saúde adotem modelo de apoio às "segundas vítimas", estruturado em três níveis (CLANCY, 2011):

1- **Suporte local:** colegas e chefes da área em que ocorreu o evento adverso devem apoiar e tranquilizar o profissional envolvido na situação.

2- **Apoio de colegas treinados:** Integrantes da equipe que foram capacitados para dar suporte individualizado durante a fase de análise do evento adverso e/ ou possível processo jurídico.

3- **Ajuda imediata:** rede que garanta apoio rápido, formada por equipe multiprofissional (sugere-se: psicólogo, assistente social e líder de equipe ou religioso) com o objetivo de guiar o profissional durante a recuperação.

Um dos pontos que deve ser observado é se os relacionamentos clínicos e de cuidados podem ser mantidos. Isto deve levar em consideração a gravidade do

evento adverso e a reação das vítimas envolvidas no processo (primeira, segunda e familiares). Caso não seja possível manter o cuidado / relacionamento de maneira segura, preservando o laço de confiança entre profissionais e paciente/família, recomenda-se o remanejamento da equipe que presta assistência direta ao paciente com o objetivo de evitar conflitos.

A cultura de culpar somente os profissionais de saúde é uma atitude bastante comum nas instituições. Percebe-se que, infelizmente, falta apoio aos profissionais de saúde envolvidos em EA. Ressalta-se que a resistência da liderança é uma das barreiras mais significativas no que diz respeito ao acolhimento e tratamento adequado às “segundas vítimas”. Os líderes têm uma importante função neste processo, uma vez que eles devem fornecer empatia e apoio emocional ao profissional envolvido no EA e que, ao ocorrer um evento adverso, além da investigação da causa raiz, deve ser realizada uma busca para determinar e identificar possíveis “segundas vítimas”. (TARTAGLIA; MATOS, 2020)

REFERÊNCIAS

ULLSTRÖM, S. *et al.* Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BJM**, v. 23, n. 4, p. 325-331, abr./2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24239992/>. Acesso em: 2 ago. 2020.

CLANCY, Carolyn M. Alleviating "second victim" syndrome: how we should handle patient harm. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 27, n. 1, p. 1-5, dez./2011. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/22124276>. Acesso em: 2 ago. 2020.

QUILLIVAN, R. R. *et al.* Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. **Jt Comm J Qual Patient Saf.** v. 42, n. 8, p. 377-386, ago./2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27456420/>. Acesso em: 2 ago. 2020.

TARTAGLIA, Alessandro; MATOS, Marcos Antonio Almeida. Segunda vítima: afinal, o que é isso?. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, eED5619, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100103&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 ago. 2020.

18 CULTURA JUSTA E CARÁTER PREVENTIVO X CARÁTER PUNITIVO DOS CONSELHOS

Andréia Oliveira de Paula Murta

No contexto da segurança do paciente, o estímulo à cultura não punitiva é um discurso muito presente. Comumente se questiona a controvérsia relacionada à atuação punitiva dos conselhos profissionais frente aos erros notificados nas instituições.

Com a finalidade de esclarecer essa aparente controvérsia, há de se verificar primeiramente a legislação que cria os conselhos profissionais. A Lei Federal nº 5905, de 12 de julho de 1973, que dispõe sobre o papel do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren), é clara ao apontar que compete ao Conselho Regional fiscalizar e disciplinar o exercício da profissão; conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades cabíveis. Desta forma, é papel definido por Lei que o Conselho Regional julgue as infrações éticas relacionadas ao exercício profissional, o que deve ser considerado como fato positivo, uma vez que o chamado Tribunal da Ética ocorre com a análise da situação por profissionais da própria enfermagem e não por profissionais de outras categorias. As possíveis penas aos infratores são definidas por esta mesma Lei: advertência verbal; multa, censura; suspensão e cassação (BRASIL, 1973). Portanto, a ação corretiva do Conselho ocorre por força de Lei.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), atualmente disposto pela Resolução Cofen nº 564/2017, define os critérios para aplicação das penalidades ao profissional de enfermagem que o infringir e causar danos decorrentes de imperícia, imprudência ou negligência. No entanto, tais penalidades não são aplicadas de forma automática ou imediata. Existe um rito processual, disposto no Código de Processo Ético (Resolução Cofen nº 370/2010), que envolve uma investigação da situação (averiguação prévia), com escuta dos envolvidos, respeitando o direito de ampla defesa e contraditório do denunciado, além de existirem fatores atenuantes e agravantes a serem considerados (COFEN, 2010). Nos processos éticos é considerado o grau de responsabilidade do profissional em relação ao dano causado, podendo ser considerados também a cadeia de erros, os processos de trabalho, os treinamentos, os protocolos institucionais, dentre outras variáveis. Como é possível perceber, existe a função da autarquia em penalizar o

profissional infrator, mas ela não ocorre na contramão da cultura de segurança do paciente, uma vez que considera pontos em comum na análise de causa dos eventos.

Caso ocorra um erro assistencial na instituição, além do fluxo estabelecido para notificação do evento adverso, análise de causa-raiz, acionamento de planos de contenção de danos e planos de prevenção, dentre outros procedimentos da segurança do paciente, é necessário que o Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Enfermagem encaminhe o relato dos **eventos graves**, com dano ao paciente, à Comissão de Ética local e esta enviará ao Conselho Regional de Enfermagem, para que seja apurada a responsabilidade do profissional (COFEN, 2016).

Uma vez ocorrido um erro, é importante que o serviço de saúde tome as condutas necessárias para a melhoria contínua dos seus processos de trabalho e, conseqüente, a melhoria da assistência aos pacientes. Da mesma forma, é essencial que o Conselho de Enfermagem seja informado para que avalie a responsabilidade do profissional, inclusive a reincidência de erros, acompanhe o processo de treinamento, a avaliação de desempenho, a normatização de procedimentos, a fim de evitar que outros profissionais de enfermagem cometam o mesmo erro e prejudiquem outros pacientes. Muitas vezes um outro evento semelhante pode ter ocorrido em outra instituição e, através da ação do Conselho, pode ser elaborada Nota Técnica ou Parecer que oriente todos os profissionais e evite que novos erros ocorram.

Quanto à responsabilidade profissional, apenas o Conselho pode centralizar as informações sobre os eventos, uma vez que a instituição atual não possui conhecimento do histórico profissional a não ser pela certidão emitida pelo Coren.

Também é importante notificar ao Conselho para que seja verificado se os profissionais de enfermagem estão recebendo por parte da instituição treinamentos de educação continuada, se o serviço de enfermagem possui procedimentos descritos, se a enfermagem participa da formulação de protocolos, dentre outras ações que auxiliam a redução de erros pelos profissionais de enfermagem. Portanto, para que o Coren-MG exerça seu papel preventivo na segurança do paciente, é necessário que os eventos graves sejam informados (Capítulo 11).

Outro ponto a ser considerado é que o Conselho Profissional possui um importante papel preventivo que é exercido durante as fiscalizações (COFEN, 2019). Conforme a Resolução Cofen n° 617/2019,

O Sistema de Fiscalização do Exercício Profissional da Enfermagem tem como base uma concepção de processo educativo, preventivo e quando necessário correccional, de estímulo aos valores éticos e de valorização do processo de trabalho em Enfermagem, em defesa da sociedade e buscando a qualidade da assistência de Enfermagem (COFEN, 2019).

Os enfermeiros fiscais, quando em visita de inspeção, realizam orientações relativas à Lei do Exercício Profissional (Lei 7.498/86) e Decreto Federal nº 94.406/87, Resoluções do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem e Código de Ética, além de outras normativas, com intuito de recomendar práticas em conformidade com as normativas da profissão, prevenir erros e promover registros adequados nos prontuários. Tais registros constituem documentos essenciais para a defesa do profissional, caso eventualmente venha a ser denunciado ou responder processo ético, uma vez que possuem valor jurídico (COFEN, 2016).

O caráter preventivo da fiscalização se dá, também, quando se verifica se os profissionais que exercem a enfermagem na instituição são legalmente habilitados, se conhecem as normatizações da profissão, se os enfermeiros realizam as atividades privativas da categoria, dentre outras presentes no Manual de Fiscalização, tomando um caráter disciplinador quando adotadas as providências pertinentes. Entretanto, às chamadas notificações também é atribuído um caráter preventivo à medida em que constituem observações sobre atitudes que podem vir a gerar danos ao paciente. Percebe-se que o Conselho visa contribuir positivamente para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, possuindo papel relevante para a sociedade (COFEN, 2019).

Ocorre ainda ação preventiva do Conselho quando atua para dirimir as dúvidas dos inscritos, por meio dos plantões fiscais (via telefone e presencial), respostas de e-mails e por meio da elaboração de pareceres técnicos que visam orientar e esclarecer sobre o exercício profissional. Outra ação preventiva do Conselho se dá ao estabelecer estratégias educacionais (cursos, palestras, treinamentos) aos inscritos, sendo atribuído também ao Conselho Federal a função de “promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional” (BRASIL, 1973).

O Coren-MG possui ainda um Grupo de Trabalho de Segurança do Paciente na Assistência de Enfermagem (GT-Sepae), responsável pela elaboração deste

Manual, que também atua de forma a esclarecer os profissionais de enfermagem quanto a sua importância na promoção da segurança do paciente.

Portanto, há de se ressaltar que o Conselho de Enfermagem guarda íntima relação com a segurança do paciente, possuindo principalmente ações preventivas, mas também ações corretivas, quando necessárias, sendo esta atividade missão precípua resguardada em Lei Federal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 94.406**, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1987. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm. Acesso em: 27 jul. 2020.

_____. **Lei nº 5.905**, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federais e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5905.htm. Acesso em: 27 jul. 2020.

_____. **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em: 27 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 370**, de 03 de Novembro de 2010. Aprovar o “Código de processo ético dos conselhos de enfermagem”, que estabelece as normas procedimentais para serem aplicadas nos processos éticos em toda jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2010. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html. Acesso em: 27 jul. 2020.

_____. **Resolução nº 509**, de 15 de março de 2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro responsável técnico. Brasília, DF: Cofen, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html. Acesso em: 10 jul. 2020.

_____. **Resolução nº 514**, de 05 de maio de 2016. Resolve aprovar o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente. Brasília, DF: Cofen, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 10 jul. 2020.

_____ **Resolução nº 564**, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 10 mar. 2020.

_____ **Resolução Cofen nº 617**, de 17 de outubro de 2019. Atualiza o Manual de Fiscalização do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, o quadro de Irregularidades e Ilegalidades e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-617-2019_74627.html. Acesso em: 10 mar. 2020.

CONCLUSÃO

Andréia Oliveira de Paula Murta

A segurança do paciente é uma temática perene, concreta e que estará cada vez mais presente nos serviços de saúde. O caráter multidisciplinar é inegável, uma vez que o paciente é o foco e não este ou aquele profissional.

Contudo, os profissionais de enfermagem, à medida em que estão presentes em todo o contexto assistencial, participam da segurança do paciente de modo constante e peculiar, se constituindo ora em barreira para muitos erros ora em vítima destes. Além disso, muitos Núcleos de Segurança do Paciente contam com o Enfermeiro como coordenador ou membro. Por isto, é importante que haja um material destinado a orientar estes profissionais quanto à suas competências técnico-científicas, éticas e legais.

Destaca-se que a cultura de segurança do paciente envolve um requisito comportamental e que cada profissional é responsável por aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos com vistas a prestar uma assistência segura ao paciente (COFEN, 2016).

No âmbito da equipe de enfermagem, compete ao Enfermeiro coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente, elaborar o Plano de Segurança da Instituição e, principalmente, realizar a análise de eventos e emissão de parecer quanto aos eventos que envolvem profissionais de enfermagem, por ser esta atividade privativa resguardada em Lei Federal (BRASIL, 1987). Mas os profissionais de enfermagem possuem várias outras competências relacionadas ao gerenciamento de riscos, listadas no quadro a seguir:

QUADRO 31: RECOMENDAÇÕES DO COREN-MG PARA REALIZAÇÃO DE AÇÕES RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE	
COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICA E LEGAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	
ATIVIDADE	CATEGORIA
Coordenar o NSP	Enfermeiro

Compor o NSP	'Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem sob supervisão do Enfermeiro
Notificar EA	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Realizar busca ativa de EA em prontuários	Enfermeiros
Realizar análise de causa-raiz de EA	Enfermeiro; Técnicos e Auxiliares de Enfermagem quando envolvidos no evento
Promover ações de segurança do paciente, tais como identificação do paciente, identificação no leito, preenchimento de <i>checklist</i> , outros	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Notificação no sistema Notivisa	Enfermeiro
Promover ações educativas relacionadas à segurança do paciente	Enfermeiro, Técnico e Auxiliares de Enfermagem
Notificar EA grave ou <i>neverevents</i> ao Coren-MG	Enfermeiro RT ou Comissão de Ética da instituição devem comunicar oficialmente; Técnicos e Auxiliares de Enfermagem através de denúncia formalizada
Elaborar plano de segurança do paciente	Enfermeiro
Mensuração de dados para indicadores, compilação de eventos notificados	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Análise de indicadores	Enfermeiro
Avaliar efetividade de protocolos	Enfermeiro
Acompanhar cumprimento e efetividade do PSP	Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem
Sensibilização e educação do paciente e acompanhante	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Aplicação de medidas de prevenção	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
Participar de <i>disclosure</i>	Enfermeiro
Notificar desvio de qualidade de material	Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Fonte: elaborado pela autora Andreia Oliveira de Paula Murta.

O presente manual constituiu um norteador para que o Enfermeiro que coordena o Núcleo de Segurança do Paciente pautasse suas ações na legislação do exercício profissional.

O papel do Conselho Profissional neste contexto perpassa pelas ações de conscientização, divulgação da cultura de segurança, treinamentos e fiscalização sobre a legislação profissional, assumindo, assim, um caráter preventivo. Compete ao Conselho Profissional, também, a adoção das medidas corretivas, considerando a análise dos erros graves, a ampla defesa e contraditório, os fatores atenuantes e os agravantes, conforme Código de Processo Ético (COFEN, 2010).

A função do Enfermeiro Coordenador do Núcleo de Segurança do Paciente não exclui a atribuição do Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Enfermagem em organizar o serviço de enfermagem; implantar procedimentos, protocolos e diretrizes; promover ações de educação; avaliar o desempenho técnico de sua equipe (COFEN, 2016). O Enfermeiro é responsável pelo serviço de enfermagem mesmo que não possua Anotação de Responsabilidade Técnica formalizada.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 370**, de 03 de novembro de 2010. Altera o código de processo ético das autarquias profissionais de enfermagem para aperfeiçoar as regras e procedimentos sobre o processo ético-profissional que envolvem os profissionais de enfermagem e aprova o código de processo ético. Brasília, DF: Cofen, 2010. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-3702010_33338.html. Acesso em: 17 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 509, de 15 de março de 2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.

Brasília, DF: Cofen, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html. Acesso em: 17 nov. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário de Notificação de Suspeita de Reação Adversa e Queixa Técnica a Medicamento

Preencher o maior número de informações, principalmente dados com (*)

Dados do Paciente	
Nome ou Iniciais*: _____	
Idade ou Data de Nascimento*: __/__/____	
Nº do Prontuário do Paciente: _____	
Sexo: () Masc. () Fem.	
Peso em kg (se conhecido): _____	
Unidade de Saúde/Clínica/Leito: _____	
Telefone para contato: () _____	
Dados Medicamento Suspeito*	
Nome comercial ou genérico: _____	
Concentração: _____	
Lote: _____	
Validade: ____/____/____	
Fabricante (laboratório): _____	
Forma Farmacêutica: () comprimido () cápsula () solução () suspensão () creme () outro: especificar _____	
Nº REGISTRO ANVISA: _____	
Descrição do desvio de qualidade (descrever de maneira detalhada, anexar fotos ou outros documentos, se possível)	
	Data de detecção
	____/____/____

Doença Concomitante ou Reação Prévia ao Medicamento? () S () N

Qual? _____

Informações Adicionais

Evento adverso causado pelo medicamento? () S () N () Não sabe
Seqüela? () S () N

Qual? _____

Óbito? () S () N

Causa Mortis: _____

Necessitou Internação? () S () N

Prolongou a Internação? () S () N

Recebeu tratamento específico? () S () N

Qual? _____

O medicamento foi suspenso? () S () N

Houve melhora? () S () N

É a primeira notificação do caso? () S () N

O caso foi notificado para a indústria? () S () N

Dados do Notificador (opcional)

Nome: _____

Função: _____

Unidade ou Serviço: _____

Telefone: _____ Data: _____

E-mail: _____

Assinatura com carimbo:

APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA O PROCESSO DE SWARM

INCIDENTE N°: <i>(a instituição deve estabelecer um número sequencial para que seja mais fácil a identificação do incidente)</i>	DATA DE OCORRÊNCIA DO INCIDENTE: ___/___/_____ DATA DE NOTIFICAÇÃO: ___/___/_____
SÍNTESE DO INCIDENTE: <i>(sintetizar o incidente a partir da descrição na ficha de notificação realizada pelo profissional)</i>	
PASSO 1: ANÁLISE PRÉ-SWARM	
1.1) Definição do caso: Incidente está na lista de prioridade para ser investigado? () SIM () NÃO Será realizado o processo Swarm deste incidente? () SIM () NÃO	
1.2) Investigação preliminar: A) Fonte do incidente: () Cadeia cliente–fornecedor () Processo () Colaborador () Outro Qual? _____ () Material	

A.1) Se por cadeia cliente-fornecedor:

Houve negociação prévia formal entre a cadeia fornecedor-cliente?

() SIM () NÃO () EM PARTES () NÃO SE APLICA

Houve quebra?

() SIM () NÃO () EM PARTES () NÃO SE APLICA

A.2) Se por colaborador:

Há quanto tempo (em horas) o colaborador estava trabalhando ininterruptamente? _____ horas

O colaborador estava de plantão em outra instituição antes do incidente?

() SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

Já esteve envolvido em outro incidente?

() SIM () NÃO

Ele foi treinado para a realização do procedimento?

() SIM, quando ___/___/___ () NÃO () NÃO SE APLICA

Houve acompanhamento anterior pelo supervisor na realização do procedimento?

() SIM, quando ___/___/___ () NÃO () NÃO SE APLICA

O colaborador relatou o acontecido ao superior imediato?

() SIM () NÃO

O colaborador registrou o ocorrido no prontuário do paciente ou outro meio formal?

() SIM () NÃO

A.3) Se por material:

O material é padronizado na instituição?

() SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

Já havia sido relatado desvio de qualidade do produto anteriormente?

() SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

A Comissão de Padronização discutiu a despadronização deste produto?

() SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

Foi realizada notificação de queixa técnica anterior ao incidente?

() SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

A.3) Se por processo:

Qual o protocolo (POP ou ITT) relativo ao procedimento em questão?

O protocolo encontra-se atualizado?

() SIM () NÃO

Houve seguimento do protocolo?

() SIM () NÃO () NÃO SE APLICA

Em que etapa houve falha no processo?

1.3) Definição do cronograma e local Swarm: *(Convidar e disponibilizar o cronograma por meio de e-mail ou outra comunicação rápida)*

PASSO 2: INÍCIO DO PROCESSO SWARM

2.1) Identificação do grupo participante e explicação do funcionamento do processo Swarm:*(descrever e realizar a apresentação oral, os participantes neste momento já estão no local assentados em círculo, para propiciar maior interação)*

2.2) Pacto de sigilo e do aprendizado: *(neste espaço ou em um documento à parte todos assinam e se comprometem em manter sigilo da discussão, deixando claro que o processo tem o objetivo de aprendizagem e que o grupo "ataca problemas, não pessoas")*

PASSO 3: ANÁLISE DE CAUSA RAIZ *(para estruturar a conversa e esclarecer o incidente a instituição deve escolher dentre as várias ferramentas conforme descrito no modelo de Diagnóstico Situacional disponível em <https://www.corenmg.gov.br/public/anexos/modelDiagnosticos.pdf>)*

3.1) Descrição sintética do relato dos envolvidos no incidente:

3.2) Brainstorming (“chuva de ideias” para levantamento das possíveis causas do incidente):

3.3) Diagrama de causa e efeito: *Exemplos: seres humanos (fadiga, estresse, não conformidade com protocolos), equipamentos tecnológicos (deficiências, manutenção), qualificação do pessoal envolvido (competência, formação, treinamento), dimensionamento de pessoal, grau de comunicação, grau de adequação de ambiente físico, etc.*

Qual (is) a(s) causa(s) raiz identificada(s)? _____

PASSO 3: PLANO DE MELHORIA *(a partir da(s) causa(s) raiz identificadas ou de problemas que a equipe identificou deve-se realizar um Plano de Ação)*

PASSO 4: STATUS DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO DE AÇÃO *(o gestor deve registrar o status de acompanhamento do Plano de Ação. Para tanto, pode-se fazer uso de algumas ferramentas como os indicadores ou somente a descrição das ações desenvolvidas de acordo com os prazos estabelecidos).*



SIGA O **COREN-MG**
NAS REDES SOCIAIS



www.corenmg.gov.br

Rua da Bahia, 916 | Centro
Belo Horizonte-MG | CEP 30160-011
Telefone Geral: (31) 3238-7500