

IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS HOSPITAIS MILITARES

MARCIO DA SILVA ALVES*
CAP. VANESSA SANTOS COSTA**

RESUMO

O presente estudo objetiva apresentar os passos para a implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente em um hospital militar. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura com pesquisa bibliográfica nas plataformas Medline via PubMed, *SciELO* e *Scholar Google*. O Núcleo de Segurança do Paciente tem por objetivo criar e implantar, juntamente com diferentes profissionais e experiências, o Plano de Segurança do Paciente, instrumento que aponta as situações de risco e estabelece estratégias e ações para a gestão de riscos, com o intuito de prevenir e mitigar danos decorrentes de incidentes que podem ocorrer com os paciente. Foi observado que a segurança do paciente é um requisito para o cuidado de qualidade. Ela envolve a redução de riscos de danos ao paciente para um mínimo aceitável, considerando-se a complexidade de alguns procedimentos e tratamentos. O cuidar com segurança envolve profissionais de saúde qualificados e treinados, agindo de forma correta, de acordo com protocolos, processos e sistemas institucionais. A existência desse Núcleo independe da instituição de saúde ser civil ou militar porque os princípios e legislação são os mesmos para qualquer instituição. Dentro do plano de segurança estão os protocolos de segurança do paciente que envolvem a cirurgia segura, identificação do paciente, prática de higiene das mãos, segurança na prescrição e no uso e administração de medicamentos, e úlcera por pressão. Deve existir também uma gestão de riscos para identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança do paciente.

Palavras-chave: Programa Nacional de Segurança do Paciente, segurança, hospital militar.

ABSTRACT

The present study aims to present the steps for the implantation of a Patient Safety Unit in a military hospital. A narrative review of the literature was performed with bibliographic research on the platforms Medline via PubMed, *SciELO* and *Scholar Google*. The Patient Safety Unit aims to create and implement, together with different professionals and experiences, the Patient Safety Plan, an instrument that points out risk situations and establishes strategies and actions for risk management, in order to prevent and mitigate damages resulting from incidents that may occur to the patient. It was observed that patient safety is a requirement for quality care. It involves reducing the risk of harm to the patient to an acceptable minimum, considering the complexity of some procedures and treatments. Safe care involves qualified and trained health professionals, acting correctly, according to institutional protocols, processes and systems. The existence of this Unit does not depend on whether the health institution is civil or military because the principles and legislation are the same for any institution. Within the safety plan are patient safety protocols that involve safe surgery, patient identification, hand hygiene practice, safety in the prescription and use and administration of medications, and pressure ulcers. There must also be risk management for the identification, analysis, evaluation, communication and control of risks and adverse events that affect patient safety.

Keywords: National Patient Safety Program, security, military hospital.

Capitão Médico. Graduado em anestesiologia pela universidade Gama Filho. Especialista em Anestesiologista pelo PROCAP-aul/HCE

¹ Médico anestesiolista no Hospital Geral de Salvador.

² Cap QCO de Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A qualidade do e no cuidado tem status relevante em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “qualidade do cuidado” como o grau em que os serviços de saúde realizados aumentam a probabilidade de se alcançar os resultados desejados. Neste contexto, a segurança do paciente é uma dimensão importante da qualidade. Ela se refere ao direito das pessoas em risco de saúde (erros, falhas, violações etc.) terem esse risco reduzido a um mínimo aceitável (WHO, 2008).

Silva et al. (2016) explicam que, para que haja a melhoria da qualidade e aumento da segurança do paciente na instituição de saúde é preciso a realização de um trabalho integrado das equipes interdisciplinares com o apoio da alta direção na tomada de decisões sobre o destino da instituição. Quando os processos de trabalho são corrigidos, alinhados à visão, missão e valores da instituição, podem ocorrer mudanças positivas na cultura de segurança dos pacientes.

O que ainda se observa nos dias de hoje é que as políticas implementadas pelo Ministério da Saúde são insuficientes para estimular a segurança do paciente por meio de metas que previnam danos que podem ser evitados e riscos minimizados. Por isso se propôs o desenvolvimento de um programa nacional de segurança do paciente vinculado aos programas de qualidade do governo federal (HCE, 2017).

A incidência de eventos adversos na saúde, no Brasil, é alta e mais da metade deles (média 66%) são considerados evitáveis (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013, criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em todos os serviços de saúde do país, inclusive, hospitais militares (HCE, 2017).

O NSP que está de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada RDC/ANVISA n. 36, de 25 de julho de 2013, e com as legislações pertinentes, implantando ações para promover a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde (HCE, 2020).

O PNSP foi criado para prevenir, monitorar e reduzir a incidência de eventos adversos durante a assistência à saúde, além de promover melhorias na segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde em todo o país (BRASIL, 2016).

Para a implantação do PNSP e do NSP é necessário seguir as seis metas da OMS que serão apresentadas neste trabalho.

1.1 PROBLEMA

O problema que se coloca para a construção deste estudo é: Quais os passos para a implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente em hospitais militares, garantindo padrões assistenciais de qualidade?

De acordo com Prates et al. (2019), implantar os NSP nos hospitais brasileiros é uma obrigação e uma estratégia para mudar o cenário de insegurança e desperdícios na saúde. Isto mostra o comprometimento e planejamento para sistematizar práticas ótimas que minimizem os riscos à saúde dos pacientes.

Esta estratégia serve para todos os hospitais brasileiros, civis ou militares.

1.2 OBJETIVO

O presente estudo pretende apresentar os passos para a implantação de um Núcleo de Segurança do Paciente em um hospital militar. E foram levantados os seguintes objetivos específicos:

- Definir Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)
- Definir Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);
- Apresentar os passos para a implantação do NSP em um hospital militar.

1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES

A falta de qualidade e de segurança do paciente leva a eventos adversos e desfechos desfavoráveis, o que acaba aumentando a morbidade e mortalidade dos pacientes em diferentes sistemas de saúde. Portanto, a segurança do paciente tem importância cada vez maior para os gestores de saúde.

Tal estudo contribui para a melhoria dos serviços de saúde, dos processos de cuidado, disseminação da cultura da segurança do paciente e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro do hospital militar.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura com pesquisa bibliográfica, do tipo exploratória, selecionando materiais que contribuíam para o processo de síntese de análise de vários estudos, com vistas à produção de um referencial teórico atualizado.

Para a realização deste estudos foram utilizadas as seguintes fases: pesquisa e seleção da literatura a ser utilizada no referencial teórico, a avaliação dos títulos dos materiais e posterior leitura, redação e discussão dos resultados.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados *Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Scholar Google*. Foram utilizados também livros, manuais, monografias *online* ou de biblioteca física.

Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves isoladas ou combinadas entre si: “núcleo de segurança do paciente”, “Programa Nacional de Segurança do Paciente”, “segurança”, “hospital militar”.

Os critérios de inclusão foram: literaturas nacionais e internacionais e materiais preferencialmente dos últimos 10 anos.

E os critérios de exclusão foram: estudos que não estavam relacionados às temáticas selecionadas; e estudos repetidos.

Em relação ao alcance e limites deste trabalho, por se tratar de uma revisão de literatura e não um estudo de campo, a investigação foi limitada.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A SEGURANÇA DO PACIENTE

Hipócrates (460 a 370 a.C.) já tinha noção de que o cuidar poderia causar algum dano e postulou “*primum non nocere*” (primeiro não cause o dano). Outros personagens históricos também contribuíram para a importância dos cuidados de saúde para evitar danos (infecção pelas mãos, importância da criação de padrões de qualidade em saúde etc.), tais como: Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, dentre outros. Mas, foi somente em novembro de 1999, com o relatório “*to err is human*” do *Institute of Medicine* (IOM), que a segurança do paciente ganhou destaque, ao abordar questões como a incidência de eventos adversos, definidos como um dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, levando ao prolongamento

do tempo de internação e grave prejuízo financeiro para as instituições de saúde (BRASIL, 2014).

O IOM incorporou a “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade em saúde, juntamente com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade (BRASIL, 2014).

A enfermeira Florence Nightingale, por volta de 1865, criou iniciativas de segurança ao paciente quando, durante a guerra da Crimeia, instituiu ações como o cuidado com a higiene, a limpeza do ambiente, o registro das principais causas de óbitos, mostrando assim que o hospital não deveria causar danos, mas sim atender aos pacientes com atenção e cuidado para que eles se recuperassem. Já o médico húngaro Semmelweis, responsável pela maternidade de um hospital universitário, verificou que a taxa de morbidade e mortalidade de mulheres atendidas por estudantes de Medicina era maior do que naquelas atendidas pelas parteiras. Ele descobriu que os estudantes saíam da sala de autópsia direto para as salas de partos sem higienizar as mãos. Foi então que ele introduziu a lavagem das mãos e reduziu a taxa de mortalidade para valores semelhantes aos das parteiras (TRINDADE; LAGE, 2014).

A segurança do paciente diz respeito à redução de riscos (danos ou lesões) associados aos cuidados de saúde. O risco é a probabilidade que um incidente ocorra. E o erro é uma falha que ocorre fora do que foi planejado. O dano é resultado da prestação da assistência. Os eventos adversos são danos ou lesões causados nos pacientes devido a uma intervenção realizada pela equipe de saúde (RUNCIMAN et al., 2009; SIMAN, 2016).

Saturno e Gama (2017) explicam que a segurança do paciente é um atributo da qualidade dos sistemas de saúde em todo o mundo. Estudos epidemiológicos mostraram os efeitos indesejáveis da assistência à saúde que ocorrem por falhas de qualidade, tais como erros médicos, negligências e eventos adversos decorrentes de uma atenção à saúde insegura. Nesse contexto, pode-se dizer que os sistemas de saúde, ao diminuírem os riscos de danos ao paciente, dando a eles mais segurança, estão aumentando a qualidade dos seus serviços.

De acordo com a OMS, a segurança do paciente precisa ser propagada nas organizações, mudando a atitude das pessoas em relação às questões relacionadas à segurança. Assim, estratégias como a notificação de incidentes são favorecidas.

Além disso, é preciso que essas mesmas pessoas recebam um *feedback* dos resultados alcançados e melhoria da qualidade assistencial (SIMAN, 2016).

A acreditação, uma metodologia de avaliação externa da qualidade das instituições de saúde, verifica e determina a conformidade destas a um conjunto de padrões como: estruturas, processos de cuidados e resultados obtidos. Ela exige que as instituições atuem em conformidade com requisitos técnicos e legais, além de ter seus licenciamentos revalidados pela vigilância sanitária. Existem iniciativas específicas para a segurança do paciente, como a Rede Sentinela, que trabalha com o gerenciamento de risco pela (1) busca ativa de eventos adversos, (2) notificação desses eventos e (3) uso racional das tecnologias em saúde (BRASIL, 2014).

A partir de 2011, as instituições que desejam participar dessa Rede devem criar uma gerência de risco, apresentar uma política de gestão de risco com as estratégias para identificar, avaliar, monitorar e comunicar os riscos, além de demonstrar como integrar sua gerência de risco com outras instâncias que lidam com riscos (comissão de controle de infecção, núcleo de epidemiologia, de qualidade etc.). As instituições também são capacitadas para a segurança do paciente, comunicação de eventos adversos e riscos em saúde, entre outras (BRASIL, 2014).

A gestão de risco diz respeito ao processo de identificar, avaliar, analisar e tratar todos os riscos e incidentes ocorridos em todos os níveis da organização, reunindo todos os resultados para poder assim definir as prioridades e tomar decisões acertadas para alcançar o equilíbrio ideal de risco, benefício e custo (WHO, 2009).

Gerenciar riscos em hospitais ou outras instituições de saúde relaciona-se ao processo de promover e educar os profissionais em saúde, sensibilizando e envolvendo todos no processo. Infraestrutura, instrumentos, modelos, normas e protocolos são de grande valia, mas não bastam. É importante que o ambiente seja preparado, que os profissionais sejam treinados, aprendam a gerir os riscos uma vez que esta gestão é focada na melhoria e não na punição. Portanto, é importante que as instituições de saúde tenham profissionais qualificados, treinados e com pensamento crítico perante as situações e rotinas de trabalho (FELDMAN, 2009; SEVERO, 2010).

Para que essa gestão de risco seja efetiva, a comunicação e o trabalho em equipe são primordiais porque somente conhecendo a ocorrência de eventos adversos é que pode-se identificar padrões e semelhanças entre os casos, e as principais fontes de risco que levaram à ocorrência do dano (GOMES, 2012).

3.2 O NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)

O desenvolvimento da cultura de segurança é um elemento central de muitos esforços para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do atendimento. Estudos mostram que a cultura de segurança e o clima de segurança estão relacionados a comportamentos clínicos como redução de eventos adversos e mortalidade reduzida (MARDON et al., 2010; SINGER; VOGUS, 2013).

De acordo com a RDC n. 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (BRASIL, 2016, p. 13).

E o artigo 13 da RDC n. 36/2013 dispõe que a não estruturação do NSP nos serviços de saúde é uma infração sanitária (BRASIL, 2016).

Este núcleo é muito importante para se alcançar a qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. O conceito de qualidade é variado, de acordo com a situação. Um indicador de qualidade pode medir quantitativamente um aspecto de um cuidado médico, mas também serve para monitorar o desempenho dos serviços de saúde (GOUVÊA; TRAVASSOS, 2010).

O NSP nos serviços de saúde tem por objetivo apoiar a direção na condução de melhorias da qualidade e segurança do paciente, adotando os seguintes princípios e diretrizes (BRASIL, 2016): melhorar sempre os processos de cuidado e uso de tecnologias da saúde; disseminar a cultura da segurança por toda a instituição; e garantir boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Este núcleo deve possuir uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, farmacêutico etc.) capacitada em melhoria da qualidade, segurança do paciente, gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Além disso, deve ter profissionais de gestão que conheçam bem os processos de trabalho e com perfil de liderança. São necessários também profissionais da área de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, farmácia hospitalar e serviço de enfermagem, entre outros. Outras instâncias existentes dentro dos serviços de saúde e relacionadas à segurança do paciente (tais como: comissão de biossegurança, gerência de resíduos, comissão interna de prevenção de acidentes etc.) também devem atuar como membros do NSP, conforme mostra a Figura 1 (BRASIL, 2016).

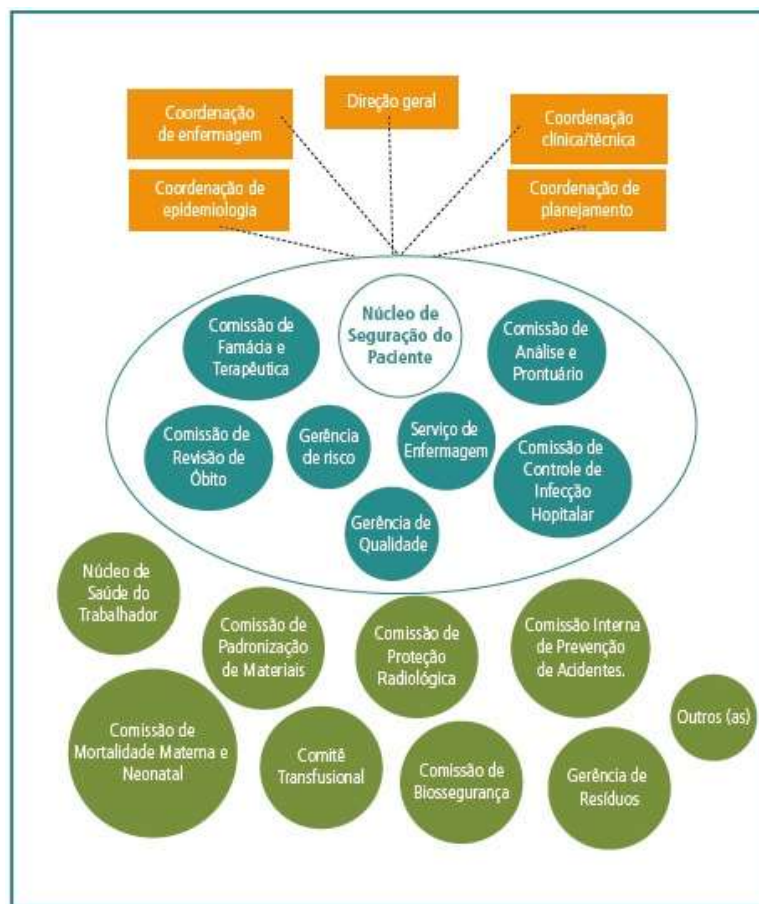


Figura 1 – Em laranja: profissionais de gestão/coordenação; em azul: o NSP e profissionais de saúde; em verde: outras instâncias do serviço de saúde.
Fonte: BRASIL, 2016.

De acordo com o estabelecido na RDC n. 36/2013, o NSP de um hospital militar deve ser constituído pelos seguintes profissionais (HGUN, 2019):

- 01 Oficial de Saúde enfermeiro como coordenador;
- 01 representante de cada área: médico, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, dentista, assistente social, bioquímico, fisioterapeuta;
- 01 representante de administração para atender às atividades que serão desenvolvidas pelo PSP.

Ao NSP cabe certas competências prevendo a melhora na qualidade e uma prática isenta de danos. Dentre essas competências estão: promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde; desenvolver ações para integrar e articular os multiprofissionais da instituição de saúde; promover mecanismos que identifiquem e avaliem a existência de não conformidades nos procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, para poder então propor ações

preventivas e corretivas; elaborar, implantar, divulgar e atualizar o PSP nos serviços de saúde; monitorar os indicadores do PSP; desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde; analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação de assistência ao paciente; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais da instituição os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos; notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; dentre outras. Se realmente essas competências forem colocadas em prática pelo NSP, a melhora da qualidade será significativa (TOMAZ, 2014).

3.3 O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP)

A Portaria 529/2013 do Ministério da Saúde instituiu o PNSP, e a RDC 36/2013 instituiu as ações para segurança do paciente.

O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, de acordo com a agenda política dos Estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (BRASIL, 2013a).

O artigo 3º da Portaria 529/2013 dispõe como objetivos específicos do PNSP a promoção e apoio à implementação de iniciativas voltadas para a segurança do paciente por meio dos NSP nas instituições de saúde; o envolvimento dos pacientes e familiares nesse processo; a ampliação de acesso da sociedade às informações sobre a segurança dos pacientes; produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão da segurança do paciente no currículo dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2014).

O NSP atua em conformidade com Portaria 529/2013 e a RDC 36/2013, na assistência à saúde e adotando as seis metas da OMS: cirurgia segura, identificação do paciente, prática de higiene das mãos, segurança na prescrição e no uso e administração de medicamentos, e úlcera por pressão. Cada uma dessas metas tornaram-se Protocolos de Segurança do Paciente, publicados de acordo com as Portarias 1377/2013 e 2095/2013 (EBSERH, 2020).

Quadro 1 – Seis metas do Protocolo de Segurança do Paciente.

Identificação do paciente	<p>Utilização de formulário padrão contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nome da instituição; • Nome completo do paciente; • Data de nascimento do paciente; • Número do prontuário ou de seu registro de atendimento; • Leito; • Serviço; • Enfermaria / apartamento; • Andar / ala.
Cirurgia segura	<ul style="list-style-type: none"> • Tem por finalidade determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos no local correto e no paciente correto por meio do uso da Lista de Verificação (LV) de Cirurgia Segura, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS); • A Lista de Verificação de Cirurgia Segura (<i>Checklist</i>) é uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos em todos os locais em que sejam realizados procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que impliquem incisão no corpo humano ou introdução de equipamentos endoscópicos, dentro ou fora do Centro Cirúrgico, por qualquer profissional de saúde; • Esta lista divide a cirurgia em três fases: (1) antes da indução anestésica (<i>Sign in</i>); (2) antes da incisão cirúrgica (<i>Time out</i>); e antes do paciente sair da sala de cirurgia (<i>Sign out</i>).
Higienização das mãos	<ul style="list-style-type: none"> • Seu objetivo é instituir e promover a prática de higienização das mãos no hospital para prevenir e controlar as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes; • Deve descrever e colocar em prática os tipos de higienização (a higiene simples, a antisséptica e a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica), os momentos em que deve-se realizar esta higienização, suas indicações e técnicas, de acordo com o preconizado pela OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos, realizando sua implementação em todos os pontos de assistência do Hospital Central do Exército.
Prevenção de quedas	<ul style="list-style-type: none"> • Objetiva reduzir a ocorrência de quedas de pacientes nos pontos de assistência (enfermarias, emergências, serviços de diagnóstico etc.) e os danos decorrentes por meio da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, dos familiares e dos profissionais.
Úlceras ou lesões por pressão	<ul style="list-style-type: none"> • A finalidade é prevenir a ocorrência de úlceras/lesões por pressão e outras lesões de pele no âmbito hospitalar. Essas úlceras são mais comuns em pacientes que estão em longa permanência nos hospitais. A incidência aumenta de acordo com os fatores de risco, dentre eles, a idade avançada e a restrição ao leito.
Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Tem por objetivo promover práticas seguras no uso de medicamentos no hospital. O protocolo deve ser aplicado em todos os setores que prestam cuidados à saúde e em todos os níveis de complexidade, nos quais medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamentos e medidas paliativas; • Estabelece as diretrizes para assegurar práticas seguras na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.

Fonte: HCE, 2017.

De acordo com Avelar et al. (2010), identificar corretamente o paciente é o primeiro passo para evitar erros e riscos para a segurança do paciente como, por exemplo, administrar medicamento errado no paciente, entregar bebê à família errada etc. Para que o paciente seja corretamente identificado, todos os profissionais envolvidos devem participar do processo de identificação, admissão, transferência ou recebimento do paciente vindo de outra instituição de saúde, antes de iniciar os cuidados, procedimentos ou administrar medicamentos e soluções.

Em relação à cirurgia segura, o Ministério da Saúde aderiu em 2008 à campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, que tinha por objetivo que os hospitais adotassem uma lista de verificação padronizada (Figura 2) para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente. Essa lista de verificação deveria ser feita em todas as cirurgias e é dividida em três fases: antes do início da anestesia (*Sign In*), antes da incisão na pele (*Time Out*) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (*Sign Out*). Esse protocolo reforçar a importância da segurança operatória e promove uma melhor comunicação e trabalho em equipe antes, durante e após o procedimento cirúrgico (MOTTA FILHO et al., 2013).

Antes da indução anestésica	Antes de incisão	Antes de o paciente sair de sala de operações
<p>Entrada</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente confirmou <ul style="list-style-type: none"> • Identidade • Sítio cirúrgico • Procedimento • Consentimento <input type="checkbox"/> Sítio demarcado/não se aplica <input type="checkbox"/> Verificação de segurança Anestésica concluída <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no paciente e em funcionamento <p>O paciente possui:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alergia conhecida? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM Via aérea difícil/risco de aspiração? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM, e equipamento/assistência disponíveis Risco de perda sanguínea > 500 ML (7 ML/KG em crianças)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SIM, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos 	<p>Pausa cirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função <input type="checkbox"/> Cirurgião, anestesiológico e enfermeiro confirmam verbalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Sítio cirúrgico • Procedimento <p>Eventos críticos previstos: Revisão do cirurgião: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação, perda sanguínea prevista?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revisão da equipe de anestesia: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente? <input type="checkbox"/> Revisão da equipe de enfermagem: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização? (incluindo resultados do indicador)? há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações? <p>A profilaxia antimicrobiana FOI realizada nos últimos 60 minutos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não se aplica <p>As imagens essenciais estão disponíveis?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não se aplica 	<p>Saída</p> <p>O profissional da equipe de enfermagem ou da equipe médica confirmam verbalmente com a equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O nome do procedimento registrado <input type="checkbox"/> Se as cartagens de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas (ou não se aplicam) <input type="checkbox"/> Como a amostra para anatomia patológica está identificada (incluindo o nome do paciente) <input type="checkbox"/> Se há algum problema com equipamento para ser resolvido <input type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesiológico e a equipe de enfermagem revisam preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente <p style="text-align: right;">Assinatura _____</p>

Figura 2 – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Fonte: OMS, 2009.

Sobre a higienização das mãos, trata-se de uma medida individual simples e pouco dispendiosa que previne a propagação de infecções relacionadas à assistência

à saúde (IRAS). Existem quatro tipos de higienização das mãos: a simples, a antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (ANACLETO et.al, 2013).

A higienização das mãos é primordial porque as mãos são a principal via de transmissão de microrganismos quando o profissional de saúde presta assistência aos pacientes, tendo contato direto ou indireto, manipulando medicamentos, alimentos e materiais estéreis ou contaminados. Por isso é importante que todos os profissionais de saúde higienizem suas mãos. Essa higienização deve ser realizada principalmente nos cinco momentos demonstrados na Figura 3 (BRASIL, 2013b; SILVA et al., 2017).



Figura 3 – Cinco momentos de higienização das mãos.
Fonte: BRASIL, 2013b.

No que diz respeito à prevenção de quedas, a queda diz respeito a cair, de forma não intencional, no chão ou em um plano mais baixo em relação a sua posição inicial. A principal preocupação de um hospital ao receber um paciente é que ele não seja colocado em risco durante seu cuidado. A queda não intencional é uma dessas situações que pode contribuir para o aumento de tempo de hospitalização dos pacientes e aumento de custos assistenciais. Tal situação pode também influenciar na credibilidade da instituição e ter repercussões de ordem legal/judicial (AVELAR et al., 2010; SILVA et al., 2017).

Em relação à prevenção de lesões ou úlceras por pressão, em 13 de abril de 2016, a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) modificou a terminologia “úlceras por pressão” para “lesões por pressão” porque esta última descreve mais precisamente a lesão. Porém, ainda são muito utilizados os termos “escara”, “úlceras de decúbito” e “úlceras por pressão” (CALIRI et al., 2016).

Lesões por pressão são lesões que ocorrem na pele, tecidos ou estruturas subjacentes, provocadas por uma pressão isolada de um tecido mole entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período de tempo, combinada com a fricção e/ou cisalhamento da pele. Medidas de prevenção são importantes para essa ocorrência porque pacientes que ficam muito tempo acamados, com mobilidade reduzida, estado nutricional alterado, estado de consciência alterado, incontinência urinária e/ou fecal, dentre outros fatores, desenvolvem essas lesões (SILVA et al., 2017).

Por fim, no que tange à segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, como os medicamentos são amplamente utilizados nas instituições de saúde para o tratamento de doenças, eles estão entre as principais causas de danos ao paciente. Devido aos numerosos e às vezes complexos procedimentos, vários profissionais envolvidos na terapia medicamentosa do paciente, a polimedicação e a condição clínica do paciente, os riscos de erros aumentam. Por isso, alguns cuidados devem ser tomados para reorganizar o trabalho e prevenir riscos. Eles podem ser traduzidos em nove itens (BRASIL, 2013c):

1. *Usuário certo*: certificar-se que o medicamento prescrito será administrado no paciente correto;
2. *Medicamento certo*: certificar-se que o medicamento a ser administrado é o que está prescrito e, na dúvida quanto ao medicamento e paciente, não administrar antes de verificar com o médico prescritor;
3. *Via certa*: certificar-se quanto à via de administração em relação às especificidades do paciente e do medicamento;
4. *Hora certa*: garantir a administração do medicamento no tempo correto para garantir os níveis séricos terapêuticos desejados;
5. *Dose certa*: conferir a dose a ser administrada com a dose prescrita;
6. *Registro certo*: registrar horários de administração, adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos;

7. *Orientação certa*: orientar quanto aos motivos do uso, efeitos esperados, forma de uso adequado, os cuidados e os possíveis problemas relacionados ao medicamento, como, por exemplo, interação com outro(s) medicamento(s);
8. *Compatibilidade medicamentosa*: ter certeza que os medicamentos a serem administrados podem ser misturados sem que precipitem ou formem pequenos cristais ou partículas na solução;
9. *Direito a recusar o medicamento*: o paciente tem o direito de recusar-se a receber o tratamento.

Outros princípios de segurança implementados dizem respeito à: 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; estimulação da participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; e promoção do ambiente seguro (EBSERH, 2020).

De acordo com Leape (2009), os eventos adversos não são causados por pessoas mal intencionadas, mas sim por um sistema de saúde mal desenhado, sem protocolos e normas, levando à ocorrência de resultados ruins. Embora o foco principal na segurança do paciente tenha sido a implementação de práticas seguras, é cada vez mais evidente que alcançar um alto nível de segurança nas instituições de saúde exige muito mais, por exemplo, o reconhecimento da importância de envolver mais os pacientes em seus cuidados.

O psicólogo James Reason da Universidade de Manchester, Inglaterra, criou o “modelo do queijo suíço” (Figura 4), mostrando uma abordagem sistêmica de gerenciar erros ou falhas. Segundo esse modelo, se não existem camadas de queijo (barreiras), os buracos se comunicam. A seta vermelha representa o risco que não encontrou barreiras e atingiu o paciente. As barreiras para impedir que o risco atinja o paciente são: profissionais atualizados, uso de normas e protocolos clínicos, protocolos de higiene das mãos, *check list* cirúrgico, dentre outras. Reason complementa dizendo que “errar é humano”, mas existem mecanismos para evitar o erro e mitigar os eventos adversos. E o PNSP pode ajudar na medida em que informa, organiza e articula esses mecanismos; porém, ele precisa de um ambiente favorável às mudanças (BRASIL, 2014).

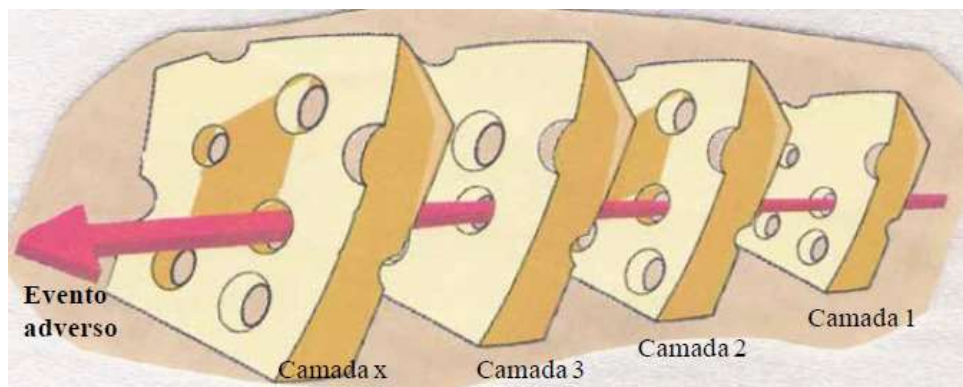


Figura 4 – Modelo do queijo suíço de James Reason.
Fonte: BRASIL, 2014.

De acordo com Siman (2016), pesquisas sobre ações para promover a segurança do paciente e melhoria da qualidade dos serviços de saúde vêm aumentando e se tornando prioridade mundial como uma tentativa de diminuir a ocorrência de incidentes geralmente evitáveis.

3.4 PASSOS PARA IMPLANTAÇÃO DO NSP EM HOSPITAL MILITAR

Após a publicação da RDC 36/2013, foi estabelecido o prazo de 120 dias para a organização do NSP e elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP). Cabe ao NSP implantar, divulgar e manter atualização o PSP (CAVALCANTE et al., 2019).

Os PSP são desenvolvidos pelos NSP nas instituições de Saúde. O esquema conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS ajuda a organizar as ações no plano (Figura 5). Essa classificação objetiva criar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua direcionado à identificação, prevenção, detecção e redução do risco; a recuperação do incidente e a resiliência do sistema. As ações foram diferenciadas da seguinte forma (BRASIL, 2014):

- Ações definidas a partir da detecção da ocorrência de um incidente;
- Fatores de mitigação para prevenir ou moderar a progressão de um incidente, com ações realizadas após a ocorrência de um erro que tenha colocado em dúvida os mecanismos de prevenção de incidentes existentes;
- Ações de melhoria para aprimorar ou compensar qualquer dano ao paciente depois de um incidente;
- Ações de redução de risco para prevenir a ocorrência de um mesmo incidente ou de incidente similar e para melhorar a resiliência do sistema.

- Ações para compreender a realidade e o perfil assistencial, possibilitando observar os maiores riscos envolvidos no cuidado.

Para organizar esse plano é importante conhecer os fatores contribuintes (circunstâncias, ações ou influências) que tenham um papel na origem ou no desenvolvimento ou no aumento do risco de incidente. Tais fatores podem ser humanos, sistêmicos (ambiente de trabalho), relacionados ao paciente (não adesão ao tratamento) e externos (fora do trabalho do gestor de saúde) (BRASIL, 2014).

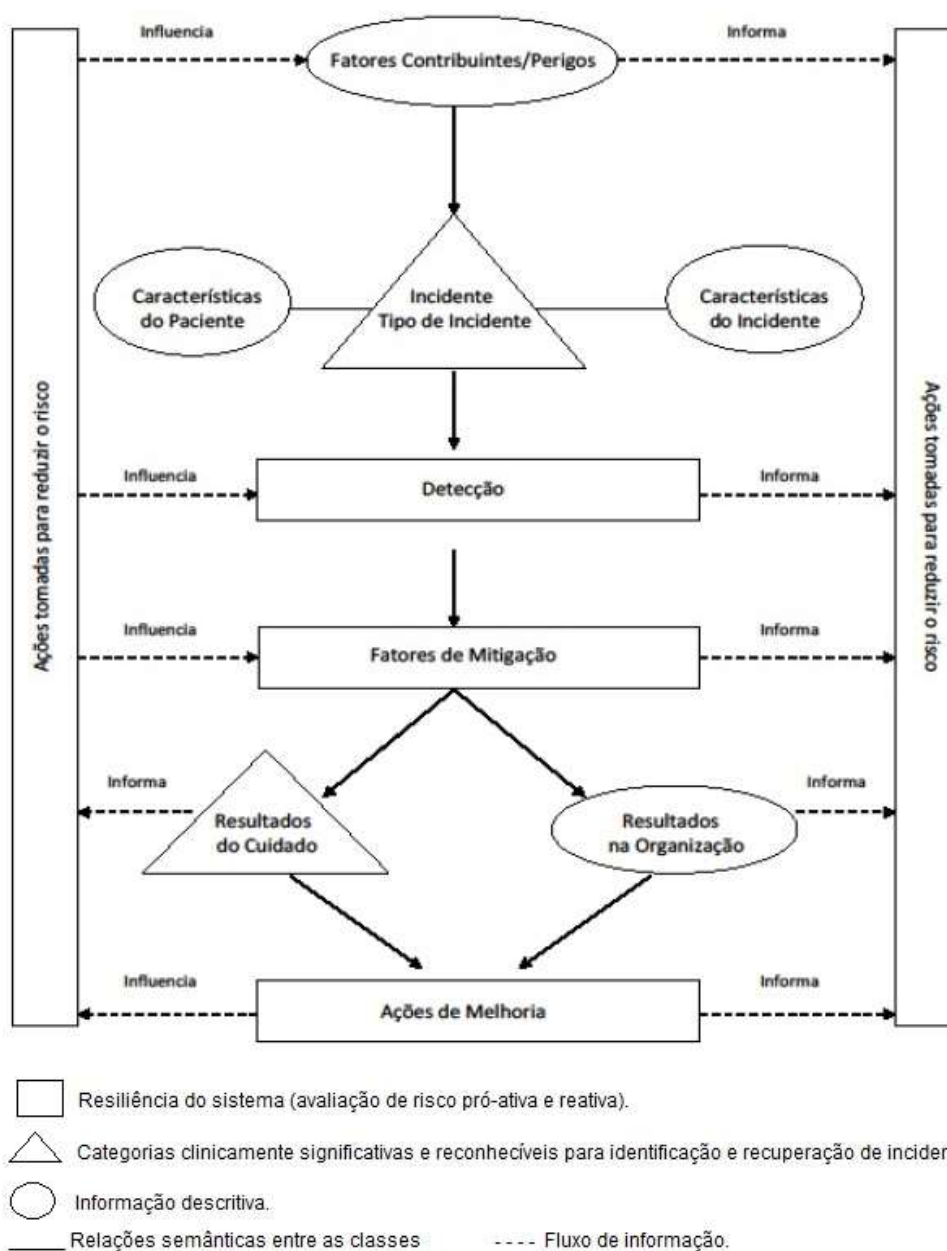


Figura 5 – Esquema conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente.
 Fonte: BRASIL, 2014.

De acordo com o Hospital Militar de Área de São Paulo (HMASP, 2019), o PNSP tem por objetivo promover e implementar ações que garantam a segurança do paciente e padrões assistenciais de qualidade, em âmbito hospitalar e ambulatorial. Deve promover ações para a gestão de risco, além de integrar e articular os profissionais de várias áreas para um trabalho de qualidade. Não é somente criar um plano de segurança, mas também acompanhar seu funcionamento, avaliar se está em conformidade com os procedimentos realizados, acompanhar programas de capacitação em qualidade e segurança do paciente, analisar, avaliar e notificar os incidentes e eventos adversos da prestação do serviço de saúde, e acompanhar alertas sanitários e outras comunicações de risco das autoridades sanitárias.

Os NSP devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, e também nas instituições que exercem ações de ensino e pesquisa, realizando, por exemplo, serviços de diálise, de endoscopia, de radiodiagnóstico, medicina nuclear, radioterapia, entre outros (BRASIL, 2016).

Os NSP devem também estar vinculados à direção da instituição hospitalar e ter uma agenda permanente e periódica com a direção geral, técnica/médica e coordenação de Enfermagem, bem como participar de reuniões com as instâncias que gerenciam a qualidade, reguladas por legislação específica, tais como: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Análise de Prontuário, Gerência de Risco etc. (BRASIL, 2014).

3.4.1 Etapas de implantação

Para a implantação do NSP, as seguintes etapas devem ser previstas inicialmente: (1) decisão, empenho e envolvimento; e depois (2) planejamento e preparação (aspectos administrativos, aspectos técnicos, aspectos relacionados à formação dos membros do NSP [capacitação profissional] e aspectos logísticos).

A implantação do NSP possui duas etapas: decisão e planejamento/preparação. A decisão pela qualidade e segurança do paciente é etapa primordial para a implantação do NSP e depende do empenho e comprometimento da alta direção da instituição. Os gestores devem se empenhar na melhoria dos processos e aumento da satisfação dos pacientes. Para isso eles precisam definir e compartilhar responsabilidades, capacitar e desenvolver competências nos profissionais envolvidos. E em relação ao planejamento/preparação, existem quatro aspectos necessários, de acordo com o Quadro 2 (BRASIL, 2016).

Quadro 2 – Aspectos necessários para o planejamento do NSP.

Aspectos administrativos	<ul style="list-style-type: none"> • Nomear o NSP por meio de Portaria, Ato ou outro, indicando seus integrantes e um profissional responsável pelo NSP (coordenador); • Explicitar que a instituição confere aos componentes do NSP autoridade e poder para implantar e desenvolver ações do PSP; • O coordenador do NSP é o contato direto da instituição com a equipe do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
Aspectos técnicos	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe do NSP deve ter representatividade e articulação nas ações e perfil assistencial; • Devem ser realizadas reuniões para discutir ações e estratégias para o PSP, que devem ser documentadas (com atas, lista de presença etc.). Outros profissionais além da equipe podem participar da reunião e devem ser identificados na documentação; • É importante a realização de reuniões regulares com as outras instâncias envolvidas com a qualidade e segurança do paciente, tais como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Revisão de Prontuários, Gerência de Riscos etc.; • O envolvimento de usuários dos serviços de saúde também é esperado e deve ser documentado.
Aspectos relacionados à formação dos membros do NSP	<p>A capacitação dos profissionais participantes do NSP deve ser realizada durante o período de trabalho, sendo documentada com data, carga horária, conteúdo programático, nome e formação do instrutor e assinatura dos profissionais capacitados. Dentre os assuntos a serem contemplados no conteúdo programático estão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualidade e Segurança do Paciente; • Regulamentações sobre Qualidade e Segurança do Paciente; • Princípios Básicos em Segurança do Paciente; • Tipos de EA Relacionados à Assistência à Saúde; • Protocolos de Segurança do Paciente; • Indicadores de Segurança do Paciente; • Estratégias para a Melhoria da Qualidade e Segurança; • Cultura de Segurança; • Núcleo de Segurança do Paciente; • Plano de Segurança do Paciente; • Gestão de Riscos; • Sistema de Notificação de Incidentes; • Investigação do incidente; • Análise de Causa-raiz; • Análises dos Modos de Falha (FMEA).
Aspectos logísticos	<p>O artigo 5 da RDC 36/2013 dispõe que a direção da instituição de saúde deve disponibilizar para o funcionamento contínuo do NSP, recursos humanos, financeiros, equipamentos e insumos materiais. Assim:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previsão de materiais e equipamentos de escritório: papel, caneta, grampeador, computador, impressora, telefone, fax e outros; • Produtos e equipamentos para a saúde: sistema de código de barras, pulseira de identificação, oxímetros, sistema de dose única e outros; • Formas e métodos de comunicação com os integrantes do NSP e divulgação do PSP: comunicação verbal, eletrônica, boletim informativo, uso de cartazes, lembretes e outras; • Informação técnica, lista de atividades a serem desenvolvidas, protocolos, disponibilização de ferramentas de coleta de dados e orientações para notificação de incidentes.

Fonte: BRASIL, 2016.

Além disso, deve ser elaborado o Plano de Segurança do Paciente (PSP) com as seguintes etapas: planejamento; execução; avaliação, revisão, tratamento e comunicação de risco (Quadro 3).

Quadro 3 – Etapas do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

Planejamento	Realizar diagnóstico do contexto e dos perigos potenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Fase de identificação dos objetivos da organização em relação à segurança do paciente e ao ambiente em que o PSP será implantado; • Identifica os parâmetros externos e internos a serem considerados na política de gestão de risco na instituição; <ul style="list-style-type: none"> • Parâmetros internos: estrutura organizacional, objetivos da instituição, recursos disponíveis, cultura organizacional, relações contratuais, entre outros; • Parâmetros externos: ambiente cultural, legal, político, econômico, tecnológico (nacional e internacional), percepção, valores externos e tendências que podem impactar nos objetivos internos; • Para o diagnóstico dos riscos e perigos potenciais na organização podem ser utilizadas várias ferramentas (técnicas de consenso, mapeamento dos processos) ou fontes de informação (indicadores, visita às lideranças dos serviços, Ouvidoria). O resultado será uma lista dos riscos da instituição e sua caracterização (local, tipo, circunstâncias etc.).
Planejamento	Definir as prioridades de trabalho e estratégias de segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Sugere-se utilizar as evidências científicas dos Protocolos de Segurança do Paciente, Metas Internacionais de Segurança do Paciente e Práticas de Segurança definidas no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente para se definir as prioridades de trabalho na saúde. • A gestão de risco oferece instrumentos para definir prioridades de trabalho em serviços de saúde. Ela consiste na aplicação sistemática de procedimentos para identificação, análise, avaliação, tratamento, comunicação e monitoramento dos riscos; • Tendo identificado os diferentes contextos, o NSP pode optar por uma técnica de gestão para o diagnóstico de situações (processos, procedimentos, linhas de ação e atividades, entre outras), que avalia as forças motrizes e restrições, a fim de detectar quais são as barreiras para superar e o nível de prioridade (matriz GUT - Gravidade, Urgência e Tendência, Análise FOFA – Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças e matriz de impacto <i>versus</i> esforço, entre outras).

Continua...

Execução	<ul style="list-style-type: none"> • Educar e treinar os profissionais para alcançar os objetivos propostos; • Engajar as diferentes lideranças e os profissionais da linha de frente do cuidado em torno das ações propostas; • Executar as ações conforme o planejado; • Documentar devidamente cada ação. • É necessário: <ul style="list-style-type: none"> • Definir um cronograma de atividades e estabelecer as tarefas, os responsáveis pelas ações e documentar o progresso obtido; • Determinar ações para eliminar, reduzir, controlar ou prevenir os riscos.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e avaliar periodicamente os indicadores; • Realizar reuniões multidisciplinares para apresentação e discussão dos resultados (<i>feedback</i>); • Avaliar a necessidade de ações corretivas.
Revisão	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar ações corretivas; • Documentar tais ações; • Alterar/redesenhar os processos previamente definidos com vistas à melhoria contínua e estabelecimento de ações que previnam incidentes relacionados à assistência à saúde, especialmente eventos adversos; • Identificar necessidades de novo planejamento; • Periodicamente, o PSP deve ser revisto e atualizado, e sempre que houver mudanças locais substanciais ou de evidências clínicas; • Todas as revisões e atualizações devem estar devidamente registradas (documentadas).
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Após identificar os problemas prioritários e realizar análise das causas, o NSP pode incluir no PSP determinadas ações para eliminar, reduzir, controlar ou prevenir os riscos. • Também pode decidir pelo não tratamento de determinado risco.
Comunicação de risco	<ul style="list-style-type: none"> • O NSP deve comunicar o PSP para toda organização desde o planejamento até a revisão, para sensibilizar os funcionários, socializar e implantar as ações em todas as unidades (ou todas as áreas) envolvidas; • Os resultados do PSP também devem ser divulgados para que todos possam verificar se houve progresso com a implantação das ações a partir de uma comparação com o diagnóstico da situação inicial; • O PSP deve descrever as estratégias para a comunicação dos riscos na instituição, os instrumentos para comunicação (alerta, comunicado, informe, site institucional, e-mail e outros), além de prever a metodologia que verifique a efetividade da comunicação; • A comunicação é um processo interativo e contínuo. Antes da tomada de uma decisão, o NSP precisa consultar as partes interessadas ou solicitar orientação sobre assuntos específicos; • Para o paciente, deve-se pensar desde a comunicação do incidente para a família até o modo como a informação de resultados de monitoramento de indicadores pode ser divulgada pelo serviço de saúde; • Para o público externo, o NSP pode, junto com a assessoria de comunicação, elaborar estratégias para divulgar crises e responder, em tempo hábil, ou de forma proativa, a questionamentos da imprensa.

Fonte: BRASIL, 2016.

O PSP é documento que aponta situações de risco e descreve estratégias e ações para prevenir ou mitigar incidentes em todas as fases da assistência ao paciente, reduzindo assim a probabilidade de ocorrer eventos adversos (HCE, 2017).

O Quadro 4 apresenta as principais estratégias do PSP de acordo com as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde.

Quadro 4 – Principais estratégias do PSP.

- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- Implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- Identificação do paciente;
- Higiene das mãos;
- Segurança cirúrgica;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- Segurança no uso de equipamentos e materiais;
- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- Prevenção de quedas dos pacientes;
- Prevenção de úlceras por pressão;
- 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 de saúde e entre serviços de saúde;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- Promoção do ambiente seguro.

Fonte: BRASIL, 2016.

Podem ser criadas estratégias para as seis metas do Protocolo de Segurança do Paciente, conforme apresentado no PSP para a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (EBSERH, 2017). Tais estratégias envolvem o desenvolvimento de ações que integrem e articulem os variados profissionais do serviço de saúde e devem ser focadas na melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde. O Quadro 5 a seguir apresenta algumas estratégias que podem ser utilizadas na implantação do NSP.

Quadro 5 – Estratégias para implementação das seis metas do Protocolo de Segurança do Paciente.

Meta	Estratégias
Identificação do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reuniões com grupos estratégicos para selecionar as ações e as prioridades para a identificação segura dos pacientes; • Implementar ações de divulgação e sensibilização das lideranças e suas equipes quanto à importância da identificação do paciente e como implantá-la; • Divulgar à comunidade hospitalar as ações planejadas e implementadas; • Implantar auditoria interna; • Dar <i>feedback</i> a todos os envolvidos.
Cirurgia segura	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar as lideranças do Centro Cirúrgico/Sala de Recuperação, Internação, Residência Médica, Agência Transfusional, Setor de Internação, Setor de Suprimentos e Central de Abastecimento Farmacêutico, quanto à importância da cirurgia segura; • Realizar oficinas com grupos de trabalho para definir prazos e responsabilidades na operacionalização do Protocolo de Cirurgia Segura; • Monitorar os indicadores de cumprimento das ações propostas.
Higienização das mãos	<ul style="list-style-type: none"> • Mapear a disponibilidade de pias, saboneteiras, porta-papel e suporte de álcool na instituição; • Divulgar a obrigatoriedade da higienização das mãos, utilizando todos os canais de comunicação disponíveis na instituição; • Realizar palestras educativas sobre a higiene das mãos e prevenção de infecção hospitalar para internos, residentes e funcionários; • Introduzir informações sobre higiene das mãos e segurança do paciente na cartilha do paciente; • Elaborar um plano de educação em saúde para acompanhantes e visitantes sobre higiene das mãos.
Prevenção de quedas	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar diagnóstico da estrutura física e equipamentos de transporte na instituição; • Implementar ações corretivas; • Realizar oficinas com grupos de trabalho para adesão ao protocolo de prevenção da queda e medidas de contingência em casos de queda; • Definir os critérios de inclusão de pacientes no protocolo de prevenção de queda; • Elaborar protocolo de transporte interno, externo e prevenção de quedas; • Planejar e implementar ações para o envolvimento do paciente e do cuidador no protocolo de prevenção da queda; • Avaliar o cumprimento das ações propostas pelo grupo de trabalho.
Úlceras ou lesões por pressão	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar as lideranças médicas, de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e suprimentos, quanto à importância de se prevenir a ocorrência dessas lesões; • Realização oficinas de trabalho para definir os protocolos de prevenção e tratamento dessas úlceras/lesões por pressão; • Definir critérios de inclusão de pacientes no protocolo de prevenção de lesão; • Envolver paciente, familiares e/ou cuidadores no protocolo de prevenção da lesão por pressão durante e após a internação hospitalar, capacitando os mesmos; • Realizar monitoramento de indicadores para avaliar a eficácia do protocolo criado.

Meta	Estratégias
Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar e divulgar protocolo de prescrição, dispensação, administração e uso seguro de medicamentos; • Realizar curso de capacitação para internos e residentes sobre prescrição segura.

Fonte: EBSERH, 2017.

Desenvolver estratégias para a segurança do paciente depende do conhecimento e cumprimento de normas e regulamentos das instituições de saúde. Elas devem elaborar planos de qualidade e segurança do paciente, monitorar indicadores de qualidade e estimular que seus colaboradores utilizem rotineiramente os protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL, 2014).

Oliveira et al. (2014) comentam que a criação de estratégias de segurança nas instituições de saúde é um processo cultural que promove maior consciência dos profissionais de saúde quanto à cultura de segurança, o compromisso com o gerenciamento de risco e consequente aquisição de segurança para si e para os pacientes.

A promoção da segurança do paciente pode ser vista como uma constelação de intervenções enraizadas em princípios de liderança, trabalho em equipe e mudança de comportamento. As estratégias para promover uma cultura de segurança do paciente podem incluir uma única intervenção ou várias intervenções combinadas, treinamento de equipe com um conjunto de métodos estruturados para otimizar os processos de trabalho em equipe, como comunicação, cooperação, colaboração e liderança. As estratégias de aprendizagem e desenvolvimento dos profissionais da instituição tem como foco obter conhecimentos, habilidades ou atitudes que fundamentem o trabalho em equipe eficaz (WEAVER et al., 2013).

3.4.2 A gestão de risco no NSP

Um processo de gestão de risco deve ser traçado na elaboração do PSP, com a aplicação sistemática de procedimentos para identificação, análise, avaliação, tratamento, comunicação e monitoramento dos riscos. O conhecimento das etapas desse processo irá auxiliar o NSP nas demais ações previstas na RDC n. 36/2013. Todas as ações do NSP deverão ser pautadas na gestão de risco (HCE, 2017).

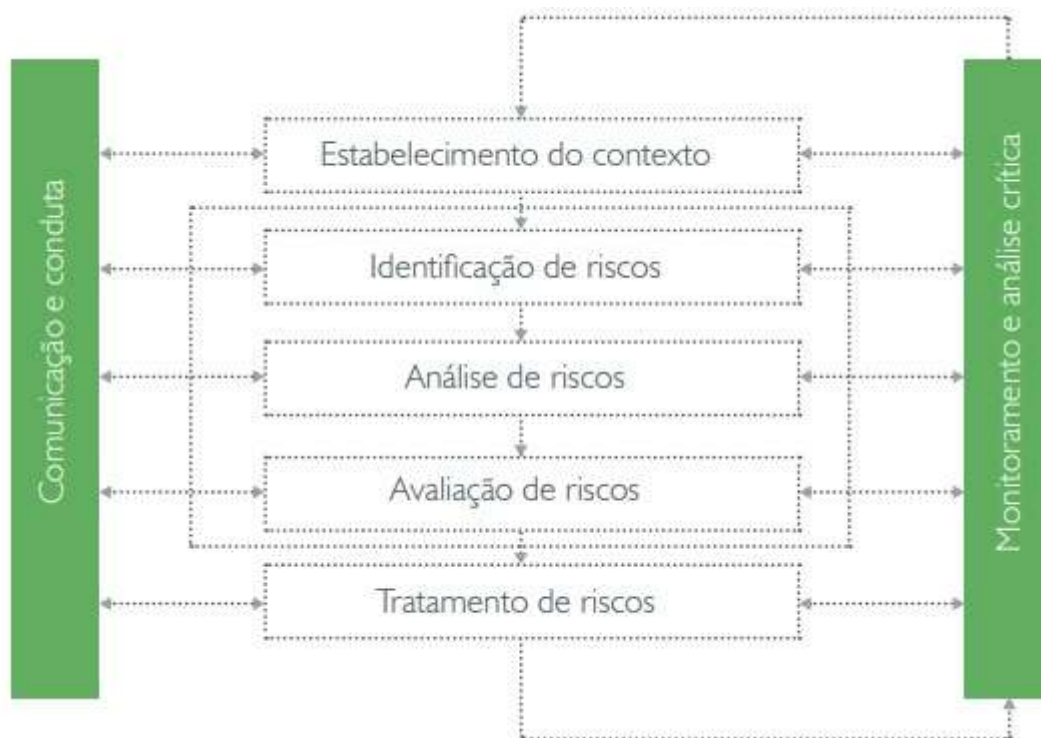


Figura 6 – Processo de gestão de riscos sanitários na instituição de saúde.
Fonte: HCE, 2017.

O Quadro 6 descreve as etapas desse processo de gestão de riscos.

Quadro 6 – Etapas e procedimentos na gestão de riscos.

Etapa	Procedimentos
Estabelecimento do contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Envolve a identificação de parâmetros externos (ambiente cultural, legal, econômico e tecnológico) e internos (estrutura organizacional, recursos disponíveis, cultura organizacional, objetivos da instituição etc.) que devem ser considerados na gestão de risco; • Fase em que são identificadas as diretrizes do hospital e o ambiente em que o PSP será implantado; • Após identificar o contexto, o NSP pode criar uma técnica de gestão para o diagnóstico de situações (procedimentos, atividades, processos) para detectar quais são as barreiras a solucionar e o nível de prioridade.
Identificação do risco	<ul style="list-style-type: none"> • O NSP identifica os riscos para a segurança do paciente, considerando a origem, causas e consequências do risco, momento e local em que ele pode ocorrer e os fatores contribuintes; • Tem por objetivo identificar oportunidades que possam melhorar ou resolver os problemas de segurança, descrevendo os pontos fortes e fracos de cada área; • O NSP deve descrever as definições adotadas para diferentes tipos de riscos, incidentes (<i>near miss</i>) e eventos adversos. É nessa etapa que os critérios e procedimentos são padronizados para classificar os riscos.

Continua...

Etapa	Procedimentos
Análise do risco	<ul style="list-style-type: none"> • Estimar o risco baseando-se especialmente nos parâmetros frequência e gravidade do evento; • Conhecer a magnitude, probabilidade de ocorrência do risco e suas consequências para poder intervir corretamente e minimizar os seus efeitos.
Avaliação do risco	<ul style="list-style-type: none"> • Processo que reúne os dados de identificação e a análise de risco para se poder tomar uma decisão. O NSP deve comparar os resultados da análise com os parâmetros estabelecidos na classificação dos riscos. Decisões estratégicas são tomadas nessa fase.
Tratamento do risco	<ul style="list-style-type: none"> • Após identificar os problemas prioritários e analisar as causas, o NSP determina as ações de eliminação, redução, controle ou prevenção dos riscos. Pode também decidir pelo não tratamento de um determinado risco; • Etapa em que se define um cronograma de atividades e o estabelecimento de tarefas e os responsáveis por essas ações.
Comunicação do risco	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa em que o NSP divulga o PSP para toda a instituição, objetivando sensibilizar os colaboradores, socializar e implantar ações em todas as áreas envolvidas; • É importante divulgar o plano e seus resultados a partir de uma comparação com o diagnóstico da situação inicial e sua resolução; • O coordenador do NSP se reporta ao diretor da instituição de saúde para traçar as estratégias de comunicação e como os dados serão divulgados (comunicados, alertas, e-mail, site institucional etc.);
Monitoramento e análise crítica	<ul style="list-style-type: none"> • Etapa em que deve ser feita a análise crítica de todo o processo de gestão de risco, podendo-se identificar eventuais falhas e melhorias necessárias; • O monitoramento deve ser constante e buscar sempre o aprimoramento do processo.

Fonte: HCE, 2017.

A implantação dos NSP, o desenvolvimento dos PSP e a gestão dos riscos que podem ocorrer na realização de atividades de saúde são um processo dinâmico, contínuo e crucial para a boa gestão dos serviços de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se confirmar que a segurança do paciente é um princípio básico e um requisito para o cuidado de qualidade. Ela envolve a redução de riscos de danos ao paciente para um mínimo aceitável, considerando-se a complexidade de alguns procedimentos e tratamentos. O cuidar com segurança envolve profissionais de saúde qualificados e treinados, agindo de forma correta, de acordo com protocolos, processos e sistemas institucionais.

O NSP surge neste contexto para promover a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, com vistas ao alcance da qualidade das atividades

desenvolvidas nos serviços de saúde. Dentre suas competências está elaborar, implantar, divulgar e atualizar o PSP nos serviços de saúde, além de monitorar seus indicadores. Esse NSP independe dessa instituição ser civil ou militar porque os princípios e legislação são os mesmos para qualquer instituição ou serviço de saúde.

Os protocolos de segurança do paciente adotados pelo NSP envolvem, principalmente, a cirurgia segura, identificação do paciente, prática de higiene das mãos, segurança na prescrição e no uso e administração de medicamentos, e úlcera por pressão.

Para sua implantação é necessário um planejamento administrativo, técnico, relacionados à formação dos membros do NSP e logísticos, e apresenta um PSP com as seguintes etapas: planejamento; execução; avaliação, revisão, tratamento e comunicação de risco. Esse planejamento envolve desde a direção hospitalar até os colaboradores de várias áreas. Deve existir também uma gestão de riscos com condutas de identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança do paciente.

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente envolve conhecer e cumprir as normas e regulamentos da instituição de saúde, monitorar indicadores de qualidade e estimular que seus colaboradores utilizem os protocolos e diretrizes clínicas, além de promover a conscientização quanto à cultura de segurança, trabalho em equipe e mudança de comportamento.

Para finalizar: erros e falhas no cuidado aos pacientes são inevitáveis, mas podem ser minimizados com a segurança do paciente e a gestão de riscos, com profissionais habilitados e treinados seguindo protocolos, diretrizes e normas especificadas em PSP no NSP.

5 REFERÊNCIAS

ANACLETO, A. S. C. B. et al. Higienização das mãos e a segurança do paciente: perspectiva de docentes e universitários. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 901-908, 2013.

AVELAR, A. F. M. et al. **10 passos para a segurança do paciente**. São Paulo – SP: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN-SP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP, 2010. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM n. 529, de 1 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: 01 set. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília (DF): Anvisa, 2013b. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/higien-e-das-maos>. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**: Protocolo Integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Anvisa, 2013c. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (DF): Anvisa, 2016.

CAVALCANTE, E. F. O. et al. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, Especial, p. e20180306, 2019.

CALIRI, M. H. L. et al. **Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil**. Associação Brasileira de Estomoterapia (SOBEST) e Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). São Paulo, 2016. Disponível em: <http://sobest.org.br/textod/35>. Acesso em: 03 set. 2020.

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano de Segurança do Paciente – Maternidade-Escola Assis Chateaubriand**. Hospitais Universitários Federais, 2017. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1110036/PRO.NUSEP.002+-+REV1+PLANO+DE+SEGURAN%C3%87A+DO+PACIENTE+2017-2019.pdf/be4441ac-c0e7-43db-81d8-10dbe47ee072>. Acesso em: 26 ago. 2020.

EBSERH – EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Núcleo de Segurança do Paciente**. Hospitais Universitários Federais, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufg/seguranca-de-paciente>. Acesso em: 08 jul. 2020.

FELDMAN, L. B. (org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2009.

GOMES, S. M. A efetiva prevenção e reparação do dano cirúrgico: descompasso entre as diretrizes públicas de saúde para a segurança do paciente e a tendência jurisprudencial brasileira. *In*: CASTRO, G. F. M.; SANTOS, J. **Aspectos, opiniões e destaques sobre segurança**. Belo Horizonte (MG): Edições Superiores, 2012.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1061-1078, 2010.

HCE – HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Diretrizes para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) / HCE 2017**. Disponível em: <http://www.dsau.eb.mil.br/index.php/component/phocadownload/category/430-seguranca-do-paciente?download=811:seguranca-do-paciente>. Acesso em: 08 jul. 2020.

HCE – HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO. **Núcleo de Segurança do Paciente**. (2020). Disponível em: http://www.hce.eb.mil.br/index.php?option=com_content&view=article&id=153&Itemid=295. Acesso em: 08 jul. 2020.

HGUN – HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE NATAL. **Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) – HguN**. Natal (RS), 2019. Disponível em: <http://www.hgunatal.eb.mil.br/index.php/historico/16-sobre-hgun/77-nsp>. Acesso em: 03 set. 2020.

HMASP – HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE SÃO PAULO. **Plano de Segurança do Paciente do HMASP**. Ministério da Defesa. Exército Brasileiro, CMSE – 2ª RM, 2019. Disponível em: http://www.hmasp.eb.mil.br/images/qualidade_e_seguranca_inter/plano/plano.pdf. Acesso em: 04 jul. 2020.

LEAPE, L. L. Errors in medicine. **International Journal of Clinical Chemistry**, v. 404, n. 1, p. 2-5, 2009.

MARDON, R. E. et al. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. **Journal of Patient Safety**, v. 6, n. 4, p. 226-232, 2010.

MOTTA FILHO, G. R. et al. Protocolo de Cirurgia Segura da OMS: O grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 48, n. 6, p. 554-562, 2013.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia

segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

PRATES, C. G. et al. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, Especial, p. e20180150, 2019.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SATURNO, P. J.; GAMA, Z. A. S. **A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde**. Observatório do Cuidado, 2017. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2547>. Acesso em: 01 set. 2020.

SEVERO, E. et al. Educação em Saúde frente à segurança do paciente: a epistemologia do Gerenciamento de Risco. **Anais... II Congresso Internacional de Educação de Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2010**. Disponível em: www.isapg.com.br/2010/ciepg/download.php?id=156. Acesso em: 02 set. 2020.

SILVA, N. D. M. Segurança do paciente na cultura organizacional: percepção das lideranças de instituições hospitalares de diferentes naturezas administrativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 487-494, 2016.

SILVA, A. C. M. R. et al. A importância do Núcleo de Segurança do Paciente: um guia para implantação em hospitais. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 87-109, 2017.

SIMAN, A. G. **Práticas de profissionais de saúde na implantação do Programa de Segurança do Paciente**: entre o prescrito e o real. 2016. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), 2016.

SINGER, S. J.; VOGUS, T. J. Safety climate research: taking stock and looking forward. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 1, p. 1-4, 2013.

TOMAZ, A. R. A. N. **Evidências científicas sobre segurança do paciente**: uma revisão integrativa. 2014. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal Fluminense. Niteroi (RJ), 2014.

TRINDADE, L.; LAGE, M. J. A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente. *In*: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente**: Conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

WEAVER, S. J. et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 2, p. 369-374, 2013.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Alliance for Patient Safety. **Summary of the evidence on patient safety**: implications for research. The

Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety.
Geneva: World Health Organization, 2008.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 03 set. 2020.