

ESCOLA DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS

ANA CLARA SAMPAIO FRANCO BISPO

**O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UMA OMS A RESPEITO DOS PROTOCOLOS BÁSICOS DO
PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

**Rio de Janeiro
2020**

ANA CLARA SAMPAIO FRANCO BISPO

**O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA OMS A
RESPEITO DOS PROTOCOLOS BÁSICOS DO PROGRAMA DE SEGURANÇA
DO PACIENTE**

Projeto de pesquisa apresentado à Escola de Formação Complementar do Exército / Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais como requisito parcial para a obtenção do Grau de Especialização em Ciências Militares

Orientador: TC Julenice Rita de Santana Santos

**Rio de Janeiro
2020**

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA OMS A RESPEITO DOS PROTOCOLOS BÁSICOS DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Ana Clara Sampaio Franco Bispo¹

Resumo. O Programa Nacional de Segurança do Paciente foi criado como ferramenta indispensável na qualificação dos cuidados em saúde em todos estabelecimentos de saúde do território nacional. Para isso foram determinados seis protocolos básicos que necessitam de pouco investimento para serem implantados e, ao mesmo tempo, os estudos comprovam a grande magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. A presente pesquisa teve o objetivo principal de identificar, descrevendo e apontando as lacunas, o conhecimento dos profissionais de saúde de uma Organização Militar de Saúde a respeito dos protocolos básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Para tanto foi realizado um estudo descritivo analítico utilizando uma abordagem quanti-qualitativa. Foram realizados questionários semiestruturados nos quais foram abordados os procedimentos básicos do Programa. Os dados foram analisados através da comparação entre o relato dos profissionais e o que preconiza a literatura sobre o assunto. Foram preenchidos 31 questionários. Os resultados demonstram que a maioria dos profissionais possui entendimento essencial referente à temática e reconhecem os procedimentos de segurança do paciente. As principais falhas encontradas dizem respeito ao Protocolo de Identificação do Paciente (42% de erros), do desconhecimento a respeito do conceito de evento adverso (29,3%), das recomendações básicas quanto a higienização das mãos (29,3% de erros) e a respeito da escala recomendada para avaliação do risco de úlcera de pressão (25,8%). O fato de os profissionais demonstrarem algumas lacunas pode comprometer a qualidade na assistência prestada e, conseqüentemente a segurança para o paciente.

Palavras chave: 1. Segurança do Paciente 2. Protocolos Básicos 3. Organização Militar de Saúde.

Abstract. The National Patient Safety Program was created as an indispensable tool in the qualification of health care in all health establishments in the national territory. For this purpose, six basic protocols were determined that require little investment to be implemented and, at the same time, studies prove the great magnitude of errors and adverse events resulting from their lack. The present research had the main objective of identifying, describing and pointing out the gaps, the knowledge of health professionals from a Military Health Organization regarding the basic protocols of the National Patient Safety Program. For this purpose, a descriptive analytical study was carried out using a quantitative and qualitative approach. Semi-structured questionnaires were conducted in which the basic protocols of the National Patient Safety Program were addressed. The data were analyzed through the comparison between the professionals' report and the one recommended by the literature on

¹ Capitão QCO Enfermeira da turma de 2012. Especialista em Enfermagem de Urgência e Emergência pelo Centro Universitário do Norte, Manaus, AM, 2011. Especialista em Aplicações Complementares às Ciências Militares pela EsFCEX em 2012. Especialista em Oncologia. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. (UNIJUÍ), Ijuí, RS, Brasil. aclarasam@uol.com.br

the subject. 31 questionnaires were completed. The results demonstrate that most professionals have an essential understanding of the subject and recognize patient safety protocols. The main gaps found relate to the Patient Identification Protocol (42% of errors), lack of knowledge about the concept of adverse event (29.3%), basic recommendations regarding hand hygiene (29.3% of errors)) and lack of knowledge about the recommended scale for assessing the risk of pressure ulcers (25.8%). The fact that professionals demonstrate gaps in the knowledge of the protocols can compromise the quality of care provided and, consequently, patient safety.

Key Word: 1. Patient Safety. 2. Basic Protocols. 3. Military Health Organization.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente existe um vasto entendimento a respeito do diagnóstico e tratamento das diversas doenças e, com isso, o cuidado em saúde vem se tornando uma atividade extremamente complexa. O indivíduo é acometido por diversas patologias, e as possibilidades de tratamento são renovadas a uma velocidade cada vez maior.

Prestar assistência em saúde a um paciente é, hoje, uma equação de diversas variáveis. Torna-se urgente um sistema de saúde com qualidade e capaz de responder a essa demanda de um processo de cuidar cada dia mais complexo, mais efetivo, exigente e, ao mesmo tempo, potencialmente perigoso.

O conceito de que o cuidado em saúde oferecia apenas resultados positivos foi se perdendo ao longo dos anos. O potencial de produção de danos foi sendo evidenciado, especialmente nos últimos vinte anos, traduzidos pela necessidade de prolongamento das internações, complicações, sequelas e, até mesmo mortes, variando um amplo espectro de gravidade (SOUZA, 2019).

Segundo o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP) (2015), a realidade vem mostrando que essa complexa assistência de qualidade ao paciente, minimizando a ocorrência de eventos adversos, ainda está muito distante daquela que deveria ser feita.

Como resposta a essa demanda e em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde lançou em 2013 o “Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)” visando um cuidado de saúde de alta qualidade e segurança (SOUZA, 2019). Neste mesmo ano a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 instituindo ações para a segurança do paciente e a melhoria nos serviços de saúde e, determinou que em todos os serviços de saúde seja constituído um Núcleo de

Segurança do Paciente (NSP) que tenha autoridade, responsabilidade e poder de executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

A discussão da temática Segurança do Paciente envolve uma série de ações, normas e discussão que deve levar a uma mudança de cultura que depende da mudança comportamental e emocional dos membros da equipe de saúde. O erro deve ser visto como algo inerente ao ser humano e que o sentido do processo seja tudo o que pode ser feito para que o erro não cause dano ao paciente. Uma cultura que deixe de lado a ideia da punição e da culpa para que os erros sejam usados como objeto de análise para evitar sua recorrência.

Essa cultura exige a aquisição de competências específicas para enfrentar os riscos, reduzir os erros e lidar com suas consequências. Trata-se de desenvolver o estudo, as habilidades, as atitudes e os comportamentos que refletem o cuidado seguro e centrado no paciente (SOUZA, 2019).

Segundo Amarante (2019), a criação do entendimento e sua transferência torna-se o grande desafio da pesquisa em segurança do paciente, pois, possibilita o desenvolvimento de soluções inovadoras que contribuem para diminuir o risco inerente à prestação de cuidados de saúde e, dessa forma, melhorar a qualidade e a segurança dos pacientes.

Um aspecto central do Plano Nacional de Segurança do Paciente é o protagonismo dos profissionais e das equipes nos processos de qualificação do cuidado. O plano deve estar articulado às demais políticas públicas para garantir que as unidades de saúde possam dar novos passos em direção da elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores.

Para que a prática seja efetiva e consiga atingir os objetivos propostos pelo PNSP, é preciso prevenir e melhorar os resultados adversos aos pacientes,

reduzindo, ao máximo, os riscos de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde. E isso envolve uma qualificação e comprometimento dos profissionais e instituições de saúde (AMARANTE, 2019).

As Organizações de Saúde do Exército Brasileiro vem buscando ao longo de sua história a busca pela qualidade e eficiência no cuidado.

No contexto da discussão sobre Segurança do Paciente, cumprindo as diretrizes regulamentares dos órgãos normativos somado a sua história de vanguarda nos assuntos de relevância científica, o Hospital Central do Exército, localizado na cidade do Rio de Janeiro deu início aos trabalhos envolvendo o tema da Segurança do Paciente no ano de 2015 com a constituição do seu Núcleo de Segurança do Paciente e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente.

O Hospital Central do Exército estabeleceu 14 (catorze) protocolos de segurança do paciente e, em 2017, lança um livro intitulado “Diretrizes para Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente” com o intuito de dar visibilidade ao trabalho realizado e, ainda, auxiliar as demais Organizações Militares de Saúde que precisam criar ou aperfeiçoar seus procedimentos e normas relativas a segurança do paciente.

Diante da relevância do tema, Segurança do Paciente, do pioneirismo apresentado pelo Hospital Central do Exército e, ao mesmo tempo, a inexistência de pesquisas científicas nas bases de dados LILACS e SciELO envolvendo as palavras chaves: organizações militares de saúde do Exército Brasileiro e o programa nacional de segurança do paciente, surgiram inúmeros questionamentos de o quanto estarão sendo discutidos e aplicados os procedimentos básicos nas outras organizações de saúde do Exército Brasileiro e como isso pode vir a influenciar uma assistência à saúde de qualidade.

Diante do exposto, me veio uma inquietação: **Qual o conhecimento dos profissionais de saúde de uma OMS a respeito dos protocolos básicos do Programa de Segurança do Paciente?**

Desta forma, é de extrema importância um estudo do nível de compreensão dos profissionais de saúde acerca deste assunto e a identificação das lacunas encontradas. Foi escolhido um hospital de guarnição (hospital de pequeno porte) do Exército Brasileiro e os profissionais de saúde Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem. A escolha de se entrevistar os profissionais da equipe de enfermagem e médica recai sobre a justificativa de serem estes os profissionais em maior número e que devem ter maior compreensão e utilizam de maneira mais aprofundada e rotineira as normas básicas de segurança do paciente.

Levando em consideração essa realidade, este trabalho pretendeu contribuir para responder a seguinte pergunta **“Em que medida os profissionais de saúde de uma OMS conhecem os protocolos básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente?** Intenciona-se também, contribuir com os dirigentes das organizações de saúde do Exército Brasileiro sobre as possíveis lacunas do conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do Programa Nacional de Segurança do Paciente no sentido de refletirem sobre a fundamental importância do tema para melhorar a qualidade dos atendimentos prestados ao paciente e, conseqüentemente a segurança destes.

Portanto **o objetivo geral deste estudo é de identificar, descrevendo e apontando as lacunas, o conhecimento dos profissionais de saúde de uma OMS a respeito dos protocolos básicos do Programa de Segurança do Paciente.** Para tanto foi realizado um estudo descritivo analítico utilizando uma abordagem quanti-qualitativa. A abordagem quanti-qualitativa foi voltada à análise dos discursos dos profissionais diante de um questionário semiestruturado aplicado aos

profissionais Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Médicos de uma Organização Militar de Saúde.

As questões sobre os procedimentos básicos de segurança do paciente foram avaliadas conforme as diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde e por autores brasileiros que têm por base essas diretrizes.

O presente estudo consta de uma abordagem teórica sobre o tema, seguido da apresentação dos resultados, conclusão e recomendações. No apêndice, encontra-se uma cópia do questionário semiestruturado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Qualidade do cuidado em saúde

Os avanços tecnológicos, a diversidade de sistemas e de processos organizacionais, torna os cuidados em saúde cada vez mais complexos e com demandas crescentes, o que aumenta o potencial para ocorrência de incidentes, erros ou falhas.

Diante desta realidade, observa-se o interesse crescente por parte dos pesquisadores e profissionais de saúde para abordagens voltadas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente (SOUZA, 2019).

No decorrer da história da humanidade, o conceito de qualidade passou a circular de forma crescente como requisito essencial para sustentabilidade de empresas e instituições (BONATO, 2011).

A busca de competitividade, dos altos níveis de desempenho, de eficiência e eficácia dos processos foi atrelado a adoção de sistemas de qualidade. Esse movimento provocou uma série de mudanças de cultura, prioridades e procedimentos nas organizações (BONATO, 2011).

Em se tratando do conceito de qualidade do cuidado ocorreram modificações ao longo do tempo, foram incluídas novas dimensões e

transformações constantes que espelham a relevância dos problemas a uma conjuntura específica (SOUZA, 2019).

As preocupações voltadas para a qualidade do cuidado e das organizações de saúde vem sendo marcadas por pressões associadas à incorporação tecnológica, ao aumento da carga de trabalho e ao surgimento de diversas doenças e possibilidades terapêuticas (SOUZA, 2019).

Vários debates aconteceram nas últimas décadas no sentido de aproximar o ideal do real quanto a qualidade da assistência.

Nesse sentido surgiu o *Institute of Medicine* (Instituto de Medicina, uma organização não governamental sem fins lucrativos) dos Estados Unidos, que, em 2001, publicou um relatório intitulado “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” (em tradução livre: “cruzando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século 21). Neste relatório foram apontados os seis atributos mais importantes para que a assistência em saúde possa ser considerada de qualidade. São eles: segurança, efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (BRASIL, 2014).

A primeira e sem dúvida mais importante, base das outras dimensões, é a segurança do paciente que tem adquirido, no mundo todo, fundamental importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde.

2.2 Segurança do Paciente

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Segurança do Paciente, considerada a mais importante dimensão da qualidade na assistência à saúde, pode ser conceituada como tudo aquilo que é estudado e aplicado na prática com o objetivo de reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

2.3 Perspectiva histórica e os principais desenvolvimentos da segurança do paciente.

O tema segurança do paciente vem a muito tempo sendo discutido e é eixo das diversas profissões de saúde.

Há mais de dois mil anos, Hipócrates, considerado o pai da medicina, já afirmava “primeiro, não cause dano”, considerada uma das principais alusões à segurança do paciente.

Já no final do século XIX, o pensamento dominante era que o profissional desempenhasse seu papel sem errar, cada incidente era administrado apenas pelo profissional, que não o partilhava com o paciente nem com seus pares (SOUZA, 2019).

Ainda no século XIX destaca-se a figura de Florence Nithingale, que além de revolucionar a enfermagem e o seu ensino, incentivou mudanças na assistência que vinham a aumentar a segurança do paciente através da análise e modificação do ambiente. (SOUZA, 2019).

Contemporâneo de Florence, o obstetra Austríaco Ignaz Semmelweis conseguiu diminuir a infecção puerperal pela lavagem das mãos com água e sabão, antes do procedimento do parto. No entanto, não houve aceitação pela classe médica das novas teorias propostas. (SOUZA, 2019).

Outra figura incompreendida pelos seus pares foi Ernest A. Codman, cirurgião em Boston, segundo ele havia uma limitação básica no trabalho dos médicos: faltava-lhes a avaliação do resultado de suas cirurgias. Segundo ele se os hospitais querem ter certeza que estão melhorando eles precisam medir seus resultados, analisá-los, comparar com outros hospitais e ainda, levar a público seus sucessos e seus erros. (SOUZA, 2019).

Ao longo da história esse tema vem sendo discutido e aprofundado, outros personagens importantes, como, por exemplo, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Lemman Cochrane, entre outros que contribuíram para a melhoria da qualidade em saúde e para a

prática de uma assistência segura. (SOUZA, 2019).

No ano de 1984, *The Havard Medical Practive Study* (HMPS) tendo como finalidade obter mais e melhor informação sobre a incidência de eventos adversos e negligência entre pacientes hospitalizados, tornou conhecida a magnitude dos problemas de segurança do paciente internado.

Mas, foi a partir do relatório do Institute of Medicine (IOM), em 2000, *To Err is Human*, que o tema segurança do paciente ganhou relevância. Nessas pesquisas, o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde o que ocasionou o aumento do tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade no momento da alta. Foi revelado que cerca de 100 mil pacientes por ano morreram nos hospitais dos Estados Unidos da América em decorrência de eventos adversos. O estudo revelou a dimensão do problema e dos seus custos sociais e econômicos (BRASIL, 2014).

Outros estudos em diversos países que usaram o mesmo método do estudo de Havard confirmaram uma alta incidência de eventos adversos. Indicam que 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis (BRASIL, 2014).

Estudos, nas últimas décadas, revelam que diversos pacientes sofrem danos causados por falhas na assistência prestada pelos serviços de saúde. Esses danos provocam um aumento no tempo de internação, maior incidência de sequelas permanentes e até mesmo o aumento no número de mortes (BRASIL, 2020).

Neste sentido a Organização Mundial de Saúde, em 2004, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (renomeada em 2009, como Segurança do Paciente), a qual desenvolveu uma classificação internacional sobre segurança do paciente e propôs medidas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos (SOUZA, 2019).

Segundo a OMS evento adverso é o evento ou circunstância que resulta em dano ao paciente causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base (BRASIL, 2014).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem sua missão permeada pelo tema segurança do paciente, sempre buscando proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos.

Neste sentido, em 2013 a Portaria nº 529 do Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Em julho deste mesmo ano, a ANVISA publicou a RDC nº 36 que estabelece a obrigatoriedade de cada serviço de saúde instituir um Núcleo de Segurança do Paciente e elaborar um Plano de Segurança do Paciente com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde.

Atualmente, todos estabelecimentos de saúde que desejam prestar uma assistência de qualidade e diferenciada deverá incluir o tema Segurança do Paciente no seu escopo de gestão.

Silva (2015) realizou uma revisão integrativa da literatura sobre a Segurança do Paciente dentro do cenário brasileiro. Constatou-se que três estratégias são comuns a implementação de todas as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS). São elas: incentivar a cultura de promoção de segurança do paciente, abordar a segurança do paciente desde a graduação e dar aos profissionais de saúde uma educação continuada e integrar o paciente no processo de cuidado. A implantação dessas três estratégias é essencial para o estabelecimento do PNSP de forma adequada dentro das instituições de saúde do Brasil.

Bogarin *et al* (2014) desenvolveu um estudo com o objetivo identificar o entendimento de alunos em Enfermagem de uma universidade pública do interior paulista sobre segurança do paciente. Os resultados apontam que parte dos alunos considera que a assistência de enfermagem é insegura e pode trazer riscos. A falta de preparo da equipe é considerada como fator dificultador para que se preste assistência segura. Além disso, grande parte dos alunos desconhece o termo evento adverso. Conclui-se que os alunos conseguem contemplar os aspectos relacionados à segurança do paciente e as responsabilidades do enfermeiro para alcance de assistência segura. Porém, é necessário ampliar o escopo do ensino sobre esta temática.

Oliveira *et al.* (2017) desenvolveu um estudo transversal com o objetivo de verificar a compreensão de residentes multiprofissionais na área da saúde sobre o tema segurança do paciente. Constatou-se que quase a metade dos itens avaliados alcançou o padrão de positividade estabelecido, com destaque para os que trataram dos momentos de higienização das mãos (98,8%) e o objetivo do Programa Nacional de Segurança do Paciente (92,3%). A identificação do paciente foi o pior item avaliado (37,7%). Na análise por áreas profissionais, somente a Enfermagem alcançou o padrão de acertos estabelecido. Concluiu-se que o compreensão dos residentes foi limiar.

2.4 Protocolos básicos relativos ao Programa Nacional de Segurança do Paciente.

A Organização Mundial de Saúde define um conjunto de protocolos básicos que são referenciados no Brasil pela portaria nº 529/2013 do Ministério da saúde que passa a exigir que os mesmos sejam elaborados e implantados: Protocolo: de Úlceras de Pressão, de Higiene das Mãos, de Cirurgia Segura, de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos, de

Identificação do Paciente e de Prevenção de Quedas.

A escolha dessas normas recai sob a justificativa de gerarem diversos erros e eventos adversos e, ao mesmo tempo, exigirem pouco investimento para serem implantados. Constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura.

2.5 O Serviço de Saúde do Exército Brasileiro e o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

O Serviço de Saúde do Exército contribui com a Saúde Pública da população civil e militar (Exército Brasileiro, 2012).

As Organizações Militares de Saúde (OMS) prestam cuidados preventivos e assistenciais a todos integrantes do Exército, seus dependentes, servidores civis, ex-combatentes e pensionistas. Contam com equipes de saúde e equipamentos modernos para proporcionar atendimento de excelência, contribuindo, assim, para a qualidade da vida da Família Militar (EB, 2012).

Em situações de cunho emergencial ou social, o Serviço de Saúde atende a população civil, principalmente nas regiões mais carentes e atingidas por condições geográficas e sociais desfavoráveis (EB, 2012).

O Sistema de Saúde do Exército Brasileiro conta com uma estrutura coordenada e hierarquizada de Organizações Militares de Saúde, distribuídas ao longo de todo território nacional. Essas organizações são classificadas de acordo com a complexidade dos serviços oferecidos na unidade de atendimento. Atualmente conta com 545 seções de Saúde instaladas em organizações militares da Força, 23 postos médicos de Guarnição, quatro policlínicas militares, 15 hospitais de Guarnição; 11 hospitais-gerais e ainda o Hospital Central do Exército (EB, 2020).

No nível quaternário, encontra-se o Hospital Central do Exército, com suas vertentes assistencial e de ensino, sendo o

responsável pela execução do Programa de Capacitação e Atualização dos Militares de Saúde (PROCAP/SAU). O Hospital Central do Exército presta assistência à saúde em todos os níveis, sempre em busca de melhorar seus padrões de assistência médico-hospitalar e de ensino em pesquisa em nível nacional (EB, 2012).

Neste sentido o Hospital Central do Exército, em 2015, constitui seu Núcleo de Segurança do Paciente, elabora seu Plano de Segurança do Paciente que se tornou modelo para as demais Organizações Militares de Saúde da Força (HCE, 2017).

3 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo analítico utilizando uma abordagem quanti-qualitativa em uma Organização Militar de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. A abordagem quanti-qualitativa foi voltada à análise dos discursos dos profissionais de saúde diante de um questionário semiestruturado.

A população estudada consiste nos profissionais de saúde de uma Organização Militar de Saúde do Exército Brasileiro do estado do Rio Grande do Sul.

Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado e auto respondido pelos profissionais de saúde, Enfermeiros, Médicos e Técnicos de Enfermagem, devidamente esclarecidos e concordes. Os questionários foram realizados na instituição de saúde militar em que trabalham mediante autorização prévia do diretor da unidade.

Foi elaborado um questionário semiestruturado onde na primeira parte consta a data do questionário, o sexo e a idade dos profissionais. Na segunda parte apresenta perguntas referentes aos protocolos básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente e se encontra em apêndice neste artigo.

O período de coleta de dados foi de 20 a 24 de julho de 2020. As entrevistas foram realizadas pelo mesmo entrevistador após leitura e assinatura do termo de

consentimento livre e esclarecido por parte dos entrevistados, para preservar integralmente e de maneira fidedigna as informações fornecidas. As entrevistas foram entregues aos profissionais e após preenchimento entregue a entrevistadora.

As respostas dos itens do questionário foram submetidas à análise de conteúdo, segundo a proposta de Minayo (1999). Segundo a autora, a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência tenham significado para o objetivo analítico visado. A autora relata que esta análise é dividida nas seguintes etapas, a pré-análise, exploração do material e a categorização dos resultados.

Os questionários foram analisados à medida que foram sendo realizados. Os achados empíricos foram analisados à luz dos referenciais teóricos. Isto é, os dados foram analisados através da comparação entre a resposta dos profissionais e o que preconiza a literatura sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente com destaque as recomendações do Ministério da Saúde.

Todas as exigências éticas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas e o projeto deste estudo foi apreciado pelo Diretor da Instituição e pelo Comitê de Ética Médica do Hospital.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos entrevistados

As entrevistas foram realizadas com um total de 31 profissionais de saúde (Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Médicos) de uma Organização Militar de Saúde do Exército Brasileiro, hospital de guarnição, que corresponde a, aproximadamente, 92% dessas categorias profissionais da unidade.

A média de idade foi de 36 anos, 15 sargentos de saúde e 16 oficiais, sendo 02

enfermeiras, 15 técnicos de enfermagem e 14 médicos. Foram 22 militares de carreira e 09 temporários.

4.2 Questionário

A porcentagem de respostas corretas às perguntas de 04 a 12 da Parte II do questionário (Apêndice 1) podem ser visualizadas na Figura 1.

4.2.1 Quanto ao Programa Nacional de Segurança do Paciente, o Plano de Segurança e Núcleo de Segurança da OMS.

Foi perguntado aos entrevistados se conheciam o Programa Nacional de Segurança do Paciente, 93,5% (29) dos entrevistados responderam que sim, já ouviram falar sobre o programa.

Ao serem questionados se conseguiriam afirmar que naquela unidade existe um Plano de Segurança e um Núcleo de Segurança do Paciente, 83,8% (26) responderam que sim, conseguem afirmar que existe um Plano de Segurança e 80,6% (25) conhecem um ou mais integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente daquela OMS.

Esse dado mostra que a grande maioria dos profissionais de saúde desta Organização Militar já tiveram algum contato com o tema e grande parte sabe que existe um Plano e um Núcleo de Segurança do Paciente.

É de suma importância que o saber seja colocado em prática, o alcance do cuidado seguro se dá principalmente por meio de aptidão teórico-prática derivada da equipe de saúde e do seu aprofundamento.

4.2.2 Quanto ao objetivo do Programa Nacional de Segurança do Paciente e quanto aos seus Protocolos Básicos.

Estes dois questionamentos foram respondidos de maneira correta por todos os entrevistados, evidenciando que, mesmo

que em reposta anterior alguns (6,5%) afirmaram não ter ouvido falar sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente, todos, de alguma forma, tem alguma ideia do seu objetivo e já tiveram algum contato com os procedimentos básicos.

4.2.3 Quanto ao Protocolo de Higienização das Mãos.

Segundo a ANVISA, a lavagem das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microrganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados (BRASIL, 2013b).

Ao serem perguntados quanto as recomendações a respeito da prática de higienização das mãos em serviços de saúde, 29,3% (09) dos entrevistados afirmaram que para melhor higiene das mãos pode-se utilizar sabonete líquido e preparação alcoólica concomitantemente.

O Ministério da Saúde em sua norma para a Prática Segura de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde (2013) afirma que o sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente.

A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

As preparações alcoólicas (sob as formas gel, solução, espuma e outras) têm sido indicadas, se não houver sujeira visível nas mãos, como produto de escolha para a higienização das mãos, pois reduz os microrganismos mais efetivamente, requer menos tempo e causa menos irritação do que lavar as mãos com água e sabonete comum ou associado a antissépticos, além de facilitar a disponibilidade em qualquer área do serviço de saúde. Entretanto, na presença de sujidade visível, material proteico, após usos subsequentes de gel alcoólico e outros, a indicação da higienização simples das mãos, com água e sabonete, torna-se extremamente necessária.

A correta higiene das mãos é uma ação simples, mas que realizada no momento certo e da maneira certa, pode salvar vidas.

4.2.4 Checklist de cirurgia segura

A utilização de listas de verificação (checklist) nos procedimentos cirúrgicos traz inúmeras vantagens, ajudando a equipe de saúde a reduzir a possibilidade de ocorrência de danos ao paciente no perioperatório.

Quando questionados quanto ao *checklist* de cirurgia segura, 19,4 % (06) dos profissionais entrevistados afirmam que a lista de verificação segura nos procedimentos cirúrgicos se aplica em dois momentos: antes da indução da anestesia e antes do paciente sair da sala de operação.

Contudo o Procedimento de Cirurgia Segura (2013e) estabelece que a Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases, antes da indução anestésica (*Sign in*), antes da incisão cirúrgica (*Time out*) e antes do paciente sair da sala de cirurgia (*Sign out*).

Embora seja básico, ele é aplicado apenas num setor específico do hospital, que é o centro cirúrgico, portanto 80,6% dos profissionais demonstrando conhecer os três momentos de verificação evidencia um bom entendimento de um protocolo

básico, mas específico.

4.2.5 Quanto o conceito de evento adverso.

A segurança do paciente compreende a redução do risco de danos ao paciente nos serviços de saúde. Estudos estimam que a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, em particular, os eventos adversos (EA), afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos, o que levou sistemas de saúde em todo o mundo a melhorar a segurança do paciente.

A taxonomia utilizada em segurança do paciente inclui, no conceito de incidente, as seguintes situações: circunstâncias notificáveis; *near misses*; incidentes sem danos; e eventos adversos (também denominados incidentes com dano).

29,3% (09) não sabem o que significa eventos adversos. Para um melhor entendimento do tema e suas consequências faz-se necessário conhecer a taxonomia relativa a segurança do paciente.

4.2.6 Quanto ao Protocolo de Prevenção de Quedas

A finalidade das normas para a prevenção de quedas é reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente.

Quando questionados sobre este 3,2% (01) profissional afirmou que a hospitalização diminui o risco de queda, 3,2% (01) afirmou que quedas de pacientes contribuem para diminuir o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais e 6,4% (02) que a avaliação do risco de queda deve ser feita apenas no momento da queda do paciente.

Deve-se manter esforço continuado para reduzir a ocorrência de queda dos pacientes hospitalizados e o dano dela decorrente, através da implementação de medidas que contemplem a avaliação de

risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional e um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

Estudos apontam as quedas como um evento de alta incidência no ambiente hospitalar, com percentuais que variam de 1,1% a 22%, conforme a especificidade do paciente. Este incidente está diretamente relacionado à segurança do paciente e pode aumentar os dias de internação e interferir na recuperação do indivíduo (BRASIL, 2013g).

Devem-se adotar medidas universais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco.

Embora a maioria dos profissionais tenham respondido de maneira correta ao questionamento é preciso atentar para a divulgação permanente de estudos e debates sobre estas normas para que se reduza ainda mais a incidência de quedas nas unidades de saúde.

4.2.7 Quanto ao Protocolo de Identificação do Paciente.

A identificação correta é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa (BRASIL, 2013d).

O Procedimento de Identificação do Paciente deverá ser aplicado nos ambientes de prestação do cuidado de saúde onde sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

O Ministério da Saúde (2013d) afirma que para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, posicionada em um membro do paciente para que seja conferida antes do cuidado. 42% (13) dos entrevistados desconhecem essa exigência.

Mostra-se que um número considerável de profissionais desconhece um ponto básico o que pode significar em atitudes inseguras na prestação do cuidado ao paciente.

O domínio destas normas torna-se de extrema importância para garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes e, conseqüentemente, aumentar a segurança no cuidado.

4.2.8 Quanto a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos. Esses eventos adversos podem verificar-se em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde (BRASIL, 2014)

Os Procedimentos de Segurança na Prescrição, no Uso e na Administração de Medicamentos deve ser aplicado em todos os setores que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, nos quais medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamentos e medidas paliativas (BRASIL, 2013c).

Quando questionados quanto a práticas seguras relativas a prescrição, uso e administração de medicamentos apenas

6,5% (02) dos entrevistados apontou uma prática não recomendada: a manutenção de estoques de bloqueadores neuromusculares e eletrólitos concentrados das unidades de internação e a implementação da checagem individual e atenta são recomendações para o manejo seguro de medicamentos potencialmente perigosos”.

Diante dos diversos estudos relativos aos incidentes envolvendo a prescrição, uso e administração de medicamentos é necessário debate permanente sobre as ações que devem ser realizadas de forma contínua para reduzir ao máximo possível a ocorrência desses incidentes.

4.2.9 Quanto ao Protocolo de Prevenção de Úlceras de Pressão

Uma das conseqüências mais comuns da longa permanência em hospitais é o aparecimento de alterações na pele. Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a úlcera por pressão tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis (BRASIL, 2013f)

25,8% (08) dos profissionais entrevistados não conhecem a escala de Braden como ferramenta de aplicação para verificar o risco de o paciente desenvolver úlceras de pressão.

A maioria dos casos de úlceras por pressão (UPP) pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de UPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A escala de Braden é a ferramenta mais

amplamente utilizada dentre as várias disponíveis (BRASIL, 2013f).

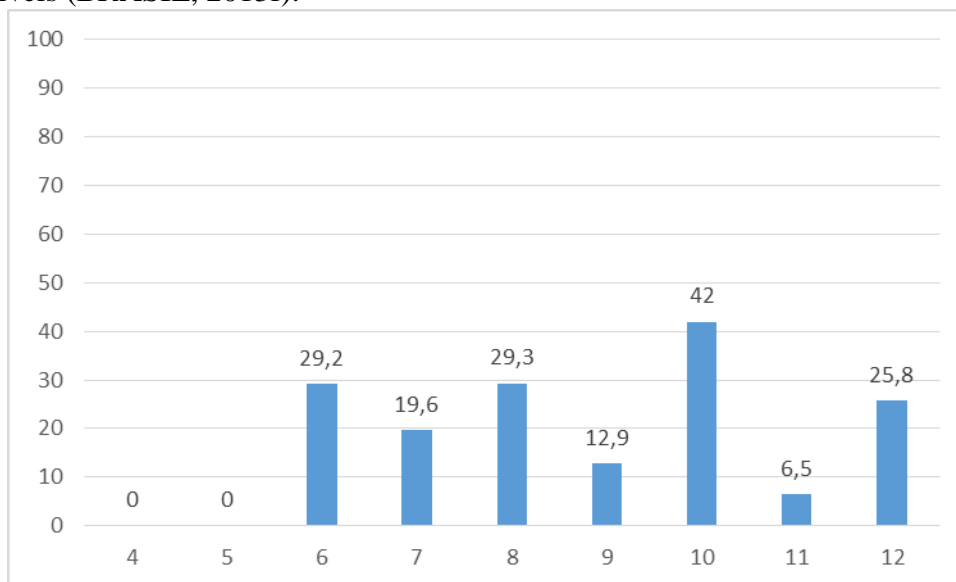


Figura 1 – Porcentagem de respostas incorretas por questão do questionário aplicado.

4. CONCLUSÃO

A história mostra uma mudança na concepção sobre o modelo de assistência à saúde no Brasil, através de uma nova maneira de se ver saúde e de se cuidar da saúde da população com foco na prevenção.

A população, em geral, em especial as instituições públicas devem acompanhar essas transformações para que o máximo de pessoas possíveis estejam imbuídas desses novos ideais e, de fato, tenham uma nova forma de agir no sentido de salvar vidas e prevenir sequelas.

Cada vez mais fica claro que não é possível eliminar completamente falhas humanas e técnicas, errar faz parte do agir humano. Contudo existem mecanismos para evitar ao máximo possível os erros e mitigar os eventos adversos. Neste sentido entram as normas básicas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, que devem auxiliar na informação, organização e articulação desses mecanismos.

Sendo assim, é de suma importância que tal assunto seja alvo de

estudos e aprofundamento por parte das organizações de saúde, no sentido de promover uma cultura de segurança que promova ações individuais e coletivas para reduzir os riscos e mitigar os eventos adversos.

Descrevendo o grau de compreensão dos profissionais de saúde de uma Organização de Saúde do Exército Brasileiro sobre os Protocolos Básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, alcançou-se o objetivo de avaliar o conhecimento dos referidos profissionais acerca do tema.

Os resultados demonstram que os profissionais possuem entendimento essencial referente à temática e reconhecem as principais normas de segurança do paciente.

Este estudo pôde identificar algumas lacunas em relação aos protocolos básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. As principais encontradas dizem respeito a Identificação do Paciente (42% de erros), da falta de domínio a respeito do conceito de evento adverso (29,3%), das recomendações básicas quanto a higienização das mãos

(29,3% de erros) e quanto a escala recomendada para avaliação do risco de úlcera de pressão (25,8% a desconhecem). A falta de compreensão a cerca dessas normas básicas pode comprometer a qualidade na assistência prestada e a segurança para o paciente.

A identificação correta dos pacientes é uma daquelas ações básicas e simples, mas que podem prevenir problemas complexos. Justamente por este motivo que essa prática é um dos pilares principais quando o assunto é segurança do paciente, pois, quando realizada de maneira adequada, é capaz de evitar um verdadeiro efeito em cadeia que pode gerar eventos adversos graves.

Familiarizar-se com o tema, conhecendo seus termos e definições torna possível sua prática e aperfeiçoamento.

Entender todo o processo de higienização das mãos torna o processo de cuidado mais seguro, reduzindo sensivelmente as chances de infecção.

Reduzir a ocorrência de lesões por pressão tem como passo primordial e indispensável saber avaliar de forma correta e precisa os riscos para o desenvolvimento dessas úlceras. A escala de Braden surge como a escala mais utilizada e comprovadamente eficaz, para esta avaliação.

Quanto às contribuições deste estudo: almeja-se motivar a discussão sobre o tema e a prática dos protocolos e, ao mesmo tempo, abastecer os profissionais com informações sobre segurança do paciente, competências e atitudes, a fim de aprimorar a qualidade e a segurança do cuidado em saúde e despertar o interesse de profissionais e gestores para esta questão.

Ambientes hospitalares devem fazer avaliações constantes, educação continuada com seus profissionais criando uma cultura de segurança não punitiva, incentivando o relato de erros, a simplificação dos processos, com o objetivo principal de interceptar as

possíveis falhas antes que elas atinjam o paciente.

Cabe, pois, à sociedade como um todo e, em especial, as instituições públicas contribuírem para que haja espaço para discussão, problematização e transformação das práticas profissionais, englobando aspectos relacionados à habilidade técnica, ao saber técnico-científico, produção de subjetividade e adequado domínio sobre segurança do paciente.

Espera-se que o resultado deste trabalho não apenas sirva de alerta para as instituições sobre a importância do assunto para a sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes, mas também estimule os profissionais a adotarem um papel ativo na construção da sua própria aprendizagem e desperte a atenção das instituições quanto à importância de educação continuada sobre o tema.

Como estratégias propostas para aumentar a segurança dos pacientes atendidos, podemos elencar à identificação atenta dos riscos aos quais os pacientes estão sujeitos durante seu tratamento, a incorporação de boas práticas na assistência e a identificação de barreiras e oportunidades encontradas para promover a segurança na instituição.

Após a identificação desses riscos, estes devem ser analisados para elucidar as possíveis causas, direcionando reflexões e educação permanente para os profissionais. O gestor deve prestar especial atenção para que sejam incentivados e capacitados os profissionais para prevenção, notificação e manejo efetivos desses riscos durante a realização e a avaliação da assistência prestada.

O processo saúde doença é um dos pontos centrais para os profissionais da saúde que buscam promover saúde. Tendo em vista que o processo saúde doença está relacionado a fenômenos complexos que incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais, torna-se evidente a necessidade de complementaridade de

vários saberes para a compreensão destes fenômenos. Atuando de forma interdisciplinar, uma tarefa inevitável aos sujeitos envolvidos neste processo é a identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população para que a atuação seja efetiva e de qualidade.

Esforços contínuos devem ser priorizados na prática, desde a alta direção aos profissionais da assistência direta, com o intuito de promover estrutura física, humana e organizacional em qualidade e quantidade que garanta a promoção da cultura de segurança no hospital e a satisfação dos colaboradores, pacientes e familiares.

Pretende-se contribuir com os dirigentes das organizações de saúde do Exército Brasileiro sobre as possíveis lacunas do conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do Programa Nacional de Segurança do Paciente no sentido de refletirem sobre a fundamental importância do tema.

Ainda, com este estudo será possível contribuir com a direção do Hospital de Guarnição (HGu) no sentido de que cada profissional de saúde assuma seu papel de educador e tenha consciência do resultado que quer atingir em cada situação. Promovendo reflexão, treinamento da percepção sensorial, estudos de situação, notificação dos incidentes, bem como discussões periódicas entre equipe, pacientes e família de modo a oferecer subsídios para viabilizar a manutenção/promoção de um serviço de qualidade e seguro.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Suely. **A importância da prática na segurança do paciente.** Publicado em 29 mar 2019. Disponível em <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/8-noticias/566-imppraticasegupaciente>. Acesso em 12 de julho de 2020.

ANVISA (Brasil). **Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.** 2013. Disponível em: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2020.

BRASIL. **Segurança do Paciente: Sobre o programa.**

<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/sobre-o-programa>. Acesso em 14 de junho de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** –Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BOGARIN, D.F.; ZANETTI, A.C.; BRITO, M.F.; MACHADO, J.P.; GABRIEL, C.S.; BERNARDES, A. **Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem.** Cogitare Enferm. 2014 Jul/Set; 19(3):491-7

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013.** Disponível em https://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. 2013a. Acesso em 10 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prática de Higiene das mãos em serviços de saúde.** Brasília, DF, 2013b. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e**

Administração de Medicamentos. Brasília, DF, 2013c. 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Identificação do Paciente.** Brasília, DF, 2013d. 12p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para Cirurgia Segura.** Brasília, DF, 2013e. 12p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão.** Brasília, DF, 2013f. 21p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para Prevenção de Quedas.** Brasília, DF, 2013g. 15p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36 de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013h

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013.** Disponível em https://www.bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. 2013i. Acesso em 10 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013.** Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. 2013j. Acesso em 30 jun 2020.

BONATO, Vera Lucia. **Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente.** Revista O Mundo da Saúde, São Paulo: 2011;35(5): 319-331.

Exército Brasileiro (EB). **Serviço de Saúde.** Disponível em <https://www.eb.mil.br/saude1>. Acesso em 16 de junho de 2020.

Exército Brasileiro (EB). Centro de Comunicação do Exército. **A Saúde da nossa Força.** Revista Verde-Oliva, Exército Brasileiro. Brasília-DF, Ano XL. Nº 214. Jan/Fev/Mar 2012.

FAKIH, F.T. **Manual de diluição e administração de medicamentos injetáveis.** Rio de Janeiro: Ed. R.A., 2000.

Hospital Central do Exército (HCE). **Diretrizes para a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).** 2017.

IBSP. **Segurança do Paciente é uma das seis dimensões da qualidade na assistência.** 24 ago 2015. Disponível em <https://www.segurancadopaciente.com.br/noticia/as-6-dimensoes-da-qualidade-na-assistencia-a-saude/> Acesso em 13 de junho de 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza . **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269p.

OLIVEIRA, J.L.; SILVA, S.V.; SANTOS, P.R.; MATSUDA, L.M.; TONINI, N.S.; NICOLA, A.L. **Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais.** Einstein. 2017;15(1):50-7

SILVA, N. R. **A segurança do paciente no cenário brasileiro: uma revisão integrativa.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade de Brasília – DF 2015

Walter Mendes. – 2.ed (revista e ampliada)
– Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP,
Fiocruz, 2019. 268 p

SOUZA, Paulo (Org.) **Segurança do
paciente: criando organizações de saúde
seguras.** / organizado por Paulo Sousa e

APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO idade; sexo; estado civil;
escolaridade, posto ou graduação, vínculo, tempo de profissão e tempo serviço militar

I PARTE – IDENTIFICAÇÃO

Data da Coleta de Dados: ___/___/_____	
Data de Nascimento: ___/___/_____	
Estado Civil: Casado / União Estável (1) Solteiro (2) Divorciado/ Separado (3) Viúvo (4)	
Formação: Curso técnico (1) Graduação (2) Especialização (3) Mestrado (4) Doutorado (5) Pós-doutorado (6)	
Posto ou graduação: Coronel (1) Tenente Coronel (2) Major (3) Capitão (4) Primeiro Tenente (5) Segundo Tenente (6) Aspirante (7) Subtenente (8) Primeiro Sargento (9) Segundo Sargento (10) Terceiro Sargento (11)	
Natureza do vínculo: Militar de carreira (1) Militar Temporário (2)	
Tempo de profissão: _____	
Tempo de serviço militar: _____	

II PARTE – PROTOCOLOS BÁSICOS DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1) Você já ouviu falar do Programa Nacional de Segurança do Paciente?

1. Sim 2. Não

2) Você conseguiria afirmar que nesta Organização Militar de Saúde existe um Plano de Segurança do Paciente?

1. Sim 2. Não

3) Você conhece um ou mais dos integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente desta OMS?

1. Sim 2. Não

4) Em 1º de abril de 2013, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Portaria nº 529. O PNSP tem por objetivo:

- a) Criar cultura de segurança onde os erros sejam sendo definidos como resultado de incompetência, imperícia, negligência e/ou imprudência de um ou mais profissionais de saúde.
- b) Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente.
- c) Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no Ensino Superior na área da saúde de modo que fique claro que o erro no cuidado é algo que nunca deveria acontecer, e somente maus profissionais erram.
- d) Corresponsabilizar o paciente pela sua segurança, visto que ele é o principal provedor da mesma.

5) Quais são os protocolos básicos do programa nacional de segurança do paciente dispostos pelo Ministério da Saúde?

- a) Higienização das mãos, identificação do paciente, comunicação efetiva; salvar vidas, melhorar a saúde ocupacional e controle dos hemocomponentes.
- b) Prevenção de queda, prevenção de úlcera por pressão, administração segura de medicamentos, uso seguro de dispositivos intravenosos e CCIH.
- c) Procedimentos cirúrgicos seguros, administração segura de sangue e hemocomponentes, utilização segura de equipamentos, monitorização do paciente e higiene.
- d) Identificação correta do paciente, higienização das mãos, administração segura de medicamentos, procedimentos cirúrgicos seguros, reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

6) A higienização das mãos é uma das práticas de maior relevância no cuidado à saúde das pessoas. O protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde recomenda que:

- a) As mãos devem ser higienizadas preferencialmente com preparação alcoólica quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro.
- b) Para melhor higiene das mãos pode-se utilizar sabonete líquido e preparação alcoólica concomitantemente.
- c) O uso de luvas substitui a higienização das mãos, seu uso por profissionais de saúde deve ser adotado indiscriminadamente, sem restrições.

d) A higiene antisséptica das mãos é ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

7) A utilização de listas de verificação (checklist) nos procedimentos cirúrgicos traz inúmeras vantagens, ajudando a equipe de saúde a reduzir a possibilidade de ocorrência de danos ao paciente no perioperatório. O checklist de cirurgia segura é:

a) Uma lista de verificação única, não adaptável às particularidades do serviço, a qual se aplica em três momentos: antes da indução da anestesia, antes da incisão cirúrgica, e antes de o paciente sair da sala de operação.

b) Uma lista de verificação única, porém adaptável às particularidades do serviço, a qual se aplica em dois momentos principais: antes da indução da anestesia e antes do paciente sair da sala de operação.

c) Uma lista de verificação única, adaptável às particularidades do serviço, a qual se aplica em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia.

d) Uma lista de verificação única, não adaptável às particularidades do serviço, a qual se aplica em quatro momentos principais: antes da indução cirúrgica, antes da incisão na pele, antes do paciente sair da sala de cirurgia e após o paciente voltar para o quarto.

8) A segurança do paciente compreende a redução do risco de danos ao paciente nos serviços de saúde. Estudos estimam que a ocorrência de incidentes relacionados à assistência à saúde, em particular, os eventos adversos (EA), afete de 4,0% a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos, o que levou sistemas de saúde em todo o mundo a melhorar a segurança do paciente.

No que diz respeito à segurança do paciente, “eventos adversos” são

a) efeitos de incidentes que não atingiram os pacientes.

b) incidentes que atingiram o paciente, mas não causaram danos à saúde.

c) incidentes que resultam em danos aos pacientes e podem ser temporários ou permanentes.

d) incidentes de pequena proporção que podem estar ligados a problemas de comunicação entre os profissionais e os pacientes ou familiares.

9) A finalidade do protocolo de prevenção de quedas é reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente. Deste modo indique a afirmativa correta relativa a este protocolo:

a) De modo geral, a hospitalização diminui o risco de queda, pois os pacientes se encontram em um ambiente constantemente monitorizado e com profissionais competentes e sempre disponíveis.

b) Quedas de pacientes contribuem para diminuir o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais.

c) A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco.

d) A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da queda do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição.

10) Com base no Protocolo de Identificação do Paciente disposto pela ANVISA, o recomendável para esta barreira de segurança é:

a) Necessário no mínimo um identificador, disposto em pulseira branca ou em outra cor que a instituição padronizar.

b) Necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, posicionada em um membro do paciente para que seja conferida antes do cuidado.

c) O número do leito e do prontuário são identificadores recomendados na pulseira do paciente.

d) Pulseiras coloridas de alerta ou etiquetas podem ser utilizadas como identificadoras do paciente, devido à facilidade de visualização, diminuindo riscos de erros de identificação.

11) As ações para a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos do Programa Nacional de Segurança do Paciente propõe a implementação de práticas seguras quanto ao uso de medicamentos nos estabelecimentos de saúde. Neste sentido, aponte uma prática segura relacionada a prescrição, uso ou administração de medicamentos:

a) Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação.

b) A manutenção de estoques de bloqueadores neuromusculares e eletrólitos concentrados das unidades de internação e a implementação da checagem individual e atenta são recomendações para o manejo seguro de medicamentos potencialmente perigosos.

c) O paciente e à família não devem ser avisados sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, mas deve se realizar o registro em prontuário e notificando o ocorrido à gerência de riscos ou ao núcleo de segurança do paciente.

d) A administração de medicamento por ordem verbal deve ocorrer com frequência a nível hospitalar e, assim que possível, registra-se por escrito a ordem verbal.

12. Os protocolos básicos de segurança do paciente são instrumentos para implantação das ações em segurança do paciente. Para elaborar as ações de prevenção de úlceras de pressão, deve ser utilizada como ferramenta a aplicação de uma escala, denominada de:

a) Braden.

b) Glasgow.

c) Apgar.

d) Cincinnati.

e) Morse.

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que denomina-se **“O conhecimento dos profissionais de saúde de uma OMS a respeito dos protocolos básicos do programa de segurança do paciente”** e está vinculada ao Curso de Aperfeiçoamento Militar, do Exército Brasileiro. A pesquisadora responsável por esta pesquisa é: Ana Clara Sampaio Franco Bispo. Os objetivos desta pesquisa são: “Identificar, descrevendo e apontando as lacunas, o conhecimento dos profissionais de saúde de uma OMS a respeito dos protocolos básicos do Programa de Segurança do Paciente”. A sua colaboração consistirá em responder a um questionário estruturado dividido em duas partes. O primeira parte, contendo dados sociodemográficos e laborais (idade; sexo; estado civil; filhos e escolaridade, posto ou graduação, vínculo, tempo de profissão e tempo serviço militar) e a segunda parte contendo dados relativos aos protocolos básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. O conteúdo do questionário estruturado será utilizado na produção da pesquisa. Os nomes reais dos participantes da pesquisa serão preservados, assim como informações que possam revelar a identificação da/o participante. A participação nesse estudo é voluntária, portanto não envolve custos aos participantes. Se houver qualquer despesa decorrente de sua participação na pesquisa você será ressarcido integralmente quanto a estes custos. Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto. Mesmo assim, se você desejar, nos comprometemos a fornecer todas as informações e explicações referente aos resultados da pesquisa logo após ela ser finalizada. Caso você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. A sua participação não traz complicações legais. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Os procedimentos obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos usados oferecem um risco mínimo a você já que pode sentir-se constrangido durante a entrevista. Caso isso ocorra estou habilitada a ajuda-lo (a) a amenizar/acabar com o constrangimento através de assistência imediata, integral e gratuita, sem maiores prejuízos a você. Os dados confidenciais da pesquisa serão guardados em local seguro por um prazo de 5

anos. Após esse prazo, tais documentos passarão por um processo de reciclagem. Caso houver dúvidas em relação a esta pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável, através do telefone (55) 3251-2888, e ainda pelo e-mail: aclarasam@uol.com.br.

Solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para participar desta pesquisa, em duas vias, uma para você e uma para o pesquisador.

Tendo em vista os itens acima apresentados eu, _____ de forma

livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa “**O conhecimento dos profissionais de saúde de uma OMS a respeito dos protocolos básicos do programa de segurança do paciente**”.

Local e data: _____

Assinatura do Participante da Pesquisa

Ana Clara Sampaio Franco Bispo - pesquisadora