

Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral



Patient safety nucleus: the pathway in a general hospital

Núcleo de seguridad del paciente: el camino de los obstáculos en un hospital general

Cassiana Gil Prates^{a,b}

Ana Maria Müller de Magalhães^c

Marizete Aparecida Balen^a

Gisela Maria Schebella Souto de Moura^c

Como citar este artigo:

Prates CG, Magalhães AMM, Balen MA, Moura GMSS. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180150. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180150>.

RESUMO

Objetivo: Descrever a experiência da implantação do núcleo de segurança do paciente e as estratégias desenvolvidas para garantir uma assistência mais segura.

Método: Relato de experiência da implantação do núcleo e das estratégias para segurança do paciente em um hospital no sul do Brasil, de 2009 a 2017.

Resultados: A preocupação com a segurança do paciente foi oficializada em 2009 com a criação um serviço específico para gerenciamento dos riscos assistenciais e em 2015 foi nomeado o núcleo de segurança do paciente. Oito estratégias foram implantadas visando disseminar a política de segurança do paciente.

Conclusão: Foi observado um avanço na melhoria dos processos relacionados a segurança do paciente na instituição. Apoio da alta direção e engajamento das lideranças foram fundamentais nesta caminhada.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Hospitais. Cultura. Pacientes.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of implementing the patient safety nucleus and the strategies developed to ensure safer care.

Method: Experience report on the implementation of the nucleus and strategies for patient safety in a hospital in the south of Brazil, from 2009 to 2017.

Results: The concern with patient safety was made official in 2009 with the creation of a specific service for risk management and in 2015 it was named the patient safety nucleus. Eight strategies were implemented in order to disseminate the patient safety policy.

Conclusion: An improvement was observed in the processes related to patient safety in the institution. Top management support and leadership engagement were key to this journey.

Keywords: Patient safety. Hospitals. Culture. Patients.

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de la implantación del núcleo de seguridad del paciente y las estrategias desarrolladas para garantizar una asistencia más segura.

Método: Relato de experiencia de la implantación del núcleo y de las estrategias para la seguridad del paciente en un hospital en el sur de Brasil, en el período de 2009 a 2017.

Resultados: La preocupación por la seguridad del paciente fue oficializada en 2009 con la creación de un servicio específico para la gestión de los riesgos asistenciales, y en 2015 se nombró el núcleo de seguridad del paciente. Se implantaron ocho estrategias para diseminar la política de seguridad del paciente.

Conclusión: Se observó un avance en la mejora de los procesos relacionados con la seguridad del paciente en la institución. El apoyo de la alta dirección y el compromiso de los líderes fueron fundamentales en este trayecto.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Hospitales. Cultura. Pacientes.

^a Hospital Ernesto Dornelles (HED), Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um grave problema de saúde pública. Os danos decorrentes da assistência aos pacientes têm significativas implicações de morbidade, mortalidade e qualidade de vida, além de afetar negativamente a imagem tanto das instituições prestadoras de cuidados quanto dos profissionais de saúde⁽¹⁾.

Apesar de grandes avanços desde a publicação do relatório *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro)⁽²⁾ em áreas específicas e problemáticas, como as infecções hospitalares⁽³⁾, o trabalho para tornar a assistência mais segura progrediu mais lento do que o previsto e o sistema de saúde continua a operar com baixo grau de confiabilidade, principalmente nos países em desenvolvimento^(1,4).

Uma estimativa dos impactos assistenciais e econômicos dos eventos adversos no Brasil demonstrou que anualmente 1.377.243 de pacientes hospitalizados seriam vítimas de pelo menos um incidente, entre 104.187 a 434.112 óbitos estariam associados a estas condições e o custo para a saúde suplementar estaria entre R\$ 5,19 bilhões e R\$15,57 bilhões⁽⁵⁾.

Desde 2013, quando o Ministério da Saúde instituiu o **Programa Nacional de Segurança do Paciente** (PNSP), a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde brasileiros tornou-se obrigatória, como uma estratégia para modificar o cenário de insegurança e desperdício na saúde⁽⁶⁻⁷⁾. Compete ao NSP a elaboração do Plano de Segurança do Paciente demonstrando assim o compromisso e planejamento institucional em sistematizar as práticas que podem incorrer em maiores riscos aos pacientes⁽⁸⁾.

Nas instituições hospitalares, constituir um NSP e implantar ações para garantir a segurança dos pacientes é extremamente complexo. Limitação de recursos financeiros, uma frágil cultura de segurança do paciente, culpabilização dos profissionais diante do erro e desconhecimento sobre como implantar essas ações são alguns dos fatores que influenciam no sucesso e desenvolvimento dos NSP no Brasil.

Diante disto, este artigo tem como objetivo descrever a experiência de um hospital na implantação do seu NSP e as estratégias desenvolvidas para garantir uma assistência mais segura. Sua relevância está em compartilhar este desafio, auxiliando os serviços de saúde no planejamento e execução das normativas legais para segurança do paciente.

■ MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência da implantação do NSP e das estratégias para segurança do paciente, que integram a descrição do contexto hospitalar onde foram coletados os dados da tese⁽⁹⁾. O cenário foi um hospital geral, de grande porte (320 leitos) e privado no sul do Brasil onde são realizadas em média 14.000 internações, 26.500 procedimentos cirúrgicos (incluindo endoscópicos), 55.000 atendimentos de urgência e emergência e 160.000 consultas ambulatoriais anualmente. O quadro de pessoal é composto por 1.700 profissionais contratados e 800 médicos credenciados.

O processo de implantação do NSP e das estratégias relatadas neste estudo ocorreu no período que compreende os anos de 2009 a 2017 e envolveu tanto os profissionais das áreas assistenciais quanto de apoio técnico-administrativas.

Anuência do hospital foi obtida para este relato, sendo consultados e analisados documentos institucionais, protocolos, indicadores e informações provenientes das situações vivenciadas pelas autoras no caminho percorrido para implantação do NSP e das estratégias de segurança do paciente.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A instituição declara seu compromisso com a Segurança do Paciente por meio de uma Política descrita em 2013 e como um objetivo do Planejamento Estratégico desde 2012. O NSP foi nomeado em 2015, constituído por uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, médico, farmacêutica, nutricionista, fisioterapeuta e analista da qualidade, com o objetivo de disseminar a Política de Segurança do Paciente na instituição.

Anterior a nomeação do NSP, foi criado o Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos (SEGER) em 2009, com a missão de *"Garantir a segurança do paciente através do gerenciamento de riscos envolvidos nos processos assistenciais, técnicos e administrativos, implementando a cultura pela segurança do paciente e instituindo práticas de excelência"*. Trata-se de um serviço independente, que dispõe uma enfermeira com dedicação exclusiva e uma farmacêutica com dedicação parcial para operacionalizar as ações de segurança do paciente. Ainda em 2009, foi instituída a Comissão de Gerenciamento de Riscos (COGER) com o objetivo de gerenciar os demais riscos da organização: ocupacionais, ambientais, de informação, engenharia clínica, jurídico e imagem.

O SEGER, a COGER e o NSP atuam de forma integrada e estão esquematicamente representados no organograma institucional conforme demonstra a figura 1.

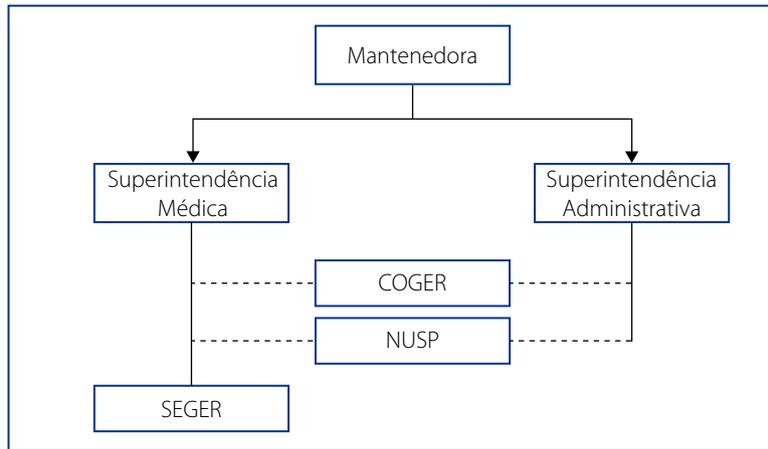


Figura 1 - Organograma esquematizado da posição hierárquica da COGER, NSP e SEGER

Fonte: Arquivos do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos

Ainda que mandatório, dos 6.805 hospitais do país, apenas 3.001(44%) têm NSP formalmente nomeado e cadastrado na ANVISA⁽¹⁰⁾. O funcionamento dos NSP é compulsório, cabendo aos órgãos de vigilância sanitária a fiscalização do cumprimento dos regulamentos vigentes e a não estruturação do NSP constitui-se em uma infração sanitária⁽⁷⁾.

Um estudo que objetivou conhecer a situação dos hospitais de referência no Mato Grosso do Sul quanto ao uso de normas e protocolos para segurança do paciente,

evidenciou que mesmo com NSP implantado, protocolos não foram incorporados aos processos de trabalho, equipes não foram constituídas e a educação dos profissionais não desencadeou mudanças na assistência⁽¹¹⁾.

Na busca por melhorias assistenciais, as primeiras estratégias de segurança do paciente foram definidas pelo SEGER em 2009 e atualizadas após nomeação do NSP em 2015. Atendendo as exigências legais⁽⁶⁻⁷⁾, oito estratégias foram implantadas até 2017 (figura 2).

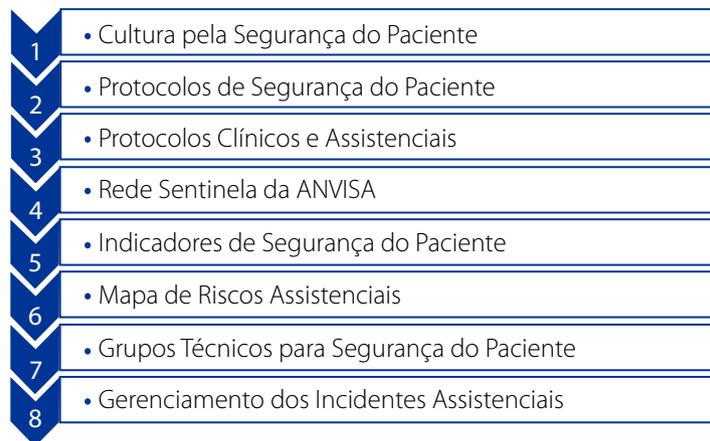


Figura 2 - Estratégias para Segurança do Paciente

Fonte: Arquivos do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos

A cultura punitiva é presente nas instituições hospitalares⁽¹²⁾. Ultrapassar esta barreira exige tempo, apoio da alta direção, lideranças fortalecidas, treinamento e capacitação, além de um sólido programa de segurança disseminado na organização. Na busca pela **Cultura de Segurança do Paciente** foram instituídas cinco ações de 2009 a 2017 (quadro 1).

Os seis **Protocolos de Segurança do Paciente** recomendados pelo PNSP⁽⁶⁾ foram gradativamente implantados de 2013 a 2016. Visando a qualidade, foi definido um modelo padrão para construção de cada protocolo e um profissional como responsável pela sua elaboração, gerenciamento dos indicadores e capacitação dos profissionais.

Ação	Desdobramento
Mensuração da percepção da cultura de segurança do paciente	A primeira mensuração foi realizada em 2017 e, a partir desta, a periodicidade é bianual mediante aplicação do questionário HSOPSC (<i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i>) na versão brasileira
Programa de educação continuada	No programa de integração ao novo colaborador, desde 2009 uma hora é destinada ao SEGER para apresentação das Metas de Segurança do paciente. A partir de 2017, mensalmente um treinamento sobre segurança do paciente é realizado aos colaboradores.
Líderes pela Segurança	Trata-se de um grupo multidisciplinar, constituído pelas lideranças assistenciais e administrativas que reúnem-se semanalmente, desde 2015, para discutir e implementar ações de melhorias relacionadas a segurança do paciente. Lideranças fortalecidas são ponto chave para a implementação de uma cultura de segurança do paciente ⁽¹³⁾ .
Fórum mensal de discussão	É uma reunião mensal, instituída em 2009, com a presença da alta direção, corpo clínico e lideranças onde um evento é relatado, apresentado as possíveis causas e sugerido planos de ação corretivos e preventivos.
Produção científica	Relatos de experiências, temas livres, pesquisas e realização de jornadas internas são estimuladas visando a disseminação do conhecimento e implementação de uma cultura de segurança do paciente.

Quadro 1 - Ações para o desenvolvimento da Cultura de Segurança do Paciente

Fonte: Arquivos do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos

Além dos Protocolos de Segurança, compete ao NSP e ao SEGER o gerenciamento dos **Protocolos Clínicos e Assistenciais**: SEPSE, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Dor Torácica, Trombo Embolismo Venoso (TEV), Time de Resposta Rápida, Manejo de Acesso Vascular, Prevenção de Infecção Cirúrgica e Infecção Urinária, Segurança na Transição de Cuidados e Mobilização Segura. Cada protocolo possui um profissional responsável pela sua elaboração, revisão e monitoramento de indicadores.

Aderir a **Rede Sentinela da ANVISA** foi uma das primeiras estratégias definidas pelo SEGER e em 2013 foi oficializado pela Anvisa o ingresso como hospital colaborador da Rede.

Os **Indicadores de Segurança do Paciente** monitorados pelo SEGER desde 2009 são o número de notificações de incidentes, incidência de eventos adversos e quedas. A média mensal em 2017 foi de 250 incidentes notificados, 6,5% de eventos adversos e 1,8 quedas a cada 1.000 pacientes-dia. Além destes, cada setor assistencial dispõe de indicadores específicos, definidos pelo SEGER e o gestor da área. Compete ao SEGER a tabulação das informações e ao gestor da área, a análise crítica e implementação das ações de melhorias.

O **Mapa de Riscos Assistenciais** consiste em uma tabela que descreve o risco, suas causas e consequências bem como as ações preventivas e corretivas. Cada setor as-

sistencial dispõe de uma matriz, elaborada pelo gestor da área e sua equipe em 2015, sendo atualizada quando um novo risco é identificado ou a cada dois anos.

Com o objetivo de capilarizar as ações de segurança do paciente, **Grupos Técnicos** (CCIH, Comissão de Cuidados com a Pele, Prevenção de Quedas, Práticas Seguras de Medicamentos, Cateteres Vasculares, Comitê Transfusional e Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional) disseminam ações de segurança do paciente, alinhados ao NSP e ao SEGER. Compete ao grupo a elaboração de protocolos, rotinas, pareceres técnicos, capacitação institucional e gerenciamento dos incidentes pertinentes.

O **Gerenciamento dos Incidentes** é uma das principais estratégias desenvolvidas. A notificação é realizada ao SEGER via sistema informatizado, e-mail, contato telefônico, intranet ou formulário manual, podendo esta ser anônima. Ao longo dos anos, foi observado aumento considerável no número de notificações, demonstrando um amadurecimento da cultura organizacional. O SEGER classifica o incidente em circunstância de risco, quase erro, incidente sem dado ou evento adverso⁽¹⁴⁾ e procede-se a etapa de investigação.

As quedas, reações transfusionais e infecções relacionadas a assistência são investigadas pelo Grupo de Prevenção de Quedas, Comitê Transfusional e CCIH, respectivamente. Os demais incidentes são investigados conforme grau de

dano: eventos moderados e graves são de responsabilidade do NSP e as circunstâncias de riscos, quase erro, incidentes sem dano ou com dano leve são gerenciados pelos líderes da área. Utiliza-se um instrumento padrão e a ferramenta de investigação utilizada é o Diagrama de Ishikawa⁽¹⁵⁾. Atendendo às recomendações ministeriais, os incidentes são notificados ao NOTIVISA. Destaca-se que das 3.001 instituições brasileiras com NSP cadastrado, apenas 1.118 notificaram pelo menos um incidente à ANVISA⁽¹⁰⁾.

Após análise, são elaborados planos de ação utilizando-se a metodologia 5W2H⁽¹⁵⁾. Os incidentes são discutidos semanalmente na reunião ordinária do NSP e gerenciá-los é um grande desafio, além de condição essencial na busca pela cultura de segurança do paciente.

Ao longo destes anos, dificuldades foram vivenciadas principalmente no sentido de buscar a quebra do paradigma da punição para uma cultura justa e em desenvolver ações que efetivamente desenvolvessem as lideranças da organização e engajassem o corpo assistencial. A despeito disso, o caminho percorrido até aqui demonstrou um avanço na melhoria dos processos e no envolvimento das pessoas.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compartilhamos nossa experiência com a intenção de encorajar serviços de saúde a trilhar o caminho da segurança, proporcionando uma assistência mais segura tanto para pacientes quanto para profissionais e a própria instituição. Os desafios para os estabelecimentos que prestam assistência à saúde no Brasil são grandes e, na nossa experiência, o apoio da alta direção e o engajamento das lideranças foram fundamentais. A compreensão de que os problemas de segurança são sistêmicos e a participação dos gestores nas discussões dos incidentes e eventos adversos, assim como em investimentos para melhorias assistenciais, demonstraram para as equipes a importância institucional conferida à segurança.

O estudo tem como limitação ser um relato da área hospitalar, porém o mesmo poderá servir de inspiração para atenção básica e clínicas diagnósticas trilharem o caminho da segurança do paciente.

Reiteramos a importância da estruturação dos NSP não apenas para o atendimento das exigências regulatórias, mas como estratégia efetiva para dar visibilidade ao tema e contribuir para a construção de uma cultura de segurança do paciente, conforme recomenda o PNSP.

■ REFERÊNCIAS

1. National Patient Safety Foundation (EUA). Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after To Err is Human: report of an expert panel convened by The National Patient Safety Foundation. Boston (MA): NPSF; 2015.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human: building a safer health system. 2nd ed. Washington (DC): National Academy of Sciences; 1999.
3. Pronovost PJ, Cleeman JI, Wright D, Srinivasan A. Fifteen years after To Err is Human: a success story to learn from. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(6):396-9.
4. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient safety 2030. London: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016.
5. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG; 2017.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF); 2013.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília (DF); 2013.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Implantação do Núcleo de Segurança do paciente em Serviços de Saúde. Brasília (DF): Anvisa; 2016. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 6.
9. Prates CG. Cultura de segurança do paciente: elementos que influenciam a percepção dos profissionais de saúde [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR) [Internet]. Brasília (DF): Anvisa; c2018 [citado 2018 abr 20]. Relatório dos estados: eventos adversos – Brasil; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopa-paciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>.
11. Serra JN, Barbieri AR, Cheade MFM. The situation of reference hospitals for the establishment and operation of patient safety centers. *Cogitare Enferm.* 2016;21(n.esp):1-8.
12. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care.* 2018; May 8. [Epub ahead of print]. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>.
13. McFadden KL, Stock GN, Gowen CR. Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Manage Rev.* 2015;40(1):24-34. doi: <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000006>.
14. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care.* 2009;21(1):18-26. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn057>.
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Gestão de risco e investigação de evento adverso relacionado à assistência à saúde. Brasília (DF): Anvisa; 2017. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 7.

Recebido: 21.06.2018

Aprovado: 23.08.2018

■ Autor correspondente:

Cassiana Gil Prates.

E-mail: seger@hed.com.br