

ENFERMAGEM E O ENFOQUE NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de submissão: 04/11/2024

Data de aceite: 02/01/2025

Ana Paula de Figueiredo

ORCID: 0000-0002-7541 – 1539
<https://lattes.cnpq.br/6664874089844626>

Daniel Alves do Nascimento

ORCID: 0000-0002-8615 - 8452
<http://lattes.cnpq.br/1951807686067790>

Paula Araújo

Mariana Castro de Souza

RESUMO: A segurança do paciente é uma dimensão essencial da qualidade dos cuidados de enfermagem. É um dever dos enfermeiros e um objetivo das organizações de saúde. O objetivo deste artigo é analisar a evidência científica acerca da segurança do paciente em hospital - serviço de urgência, na opinião dos enfermeiros. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura com três etapas. 1) Pesquisa inicial nas bases SCIELO PORTUGAL, SCIELO BRASIL, PUBMED, LILACS e MEDLINE. 2) Pesquisa mais alargada, nas restantes bases de dados da plataforma EBSCOHost. 3) Pesquisa nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. Os estudos selecionados compreendem o período entre

2014 e 2019, resultando em cinco artigos. Foi identificado nas pesquisas eventos adversos nas instituições de saúde por diversos fatores contribuintes: Sobrecarga de trabalho, falta de cultura de segurança do paciente na instituição, quadro de funcionários desfalcados, cultura punitiva nas instituições contribuindo pra não notificação dos eventos adversos por medo, insegurança devido a cultura punitiva, e os enfermeiros consideram que o ambiente de prática de enfermagem, o trabalho em equipa e as questões relacionadas com a liderança dos enfermeiros gerentes são fatores fundamentais para se melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do paciente. Incentivar o trabalho em equipe melhora a assistência ao paciente, reduz os eventos adversos e incrementa a qualidade. Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a segurança do paciente nos serviços de urgência contribui para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Eventos adversos, Segurança do Paciente, Erro médico, Qualidade de enfermagem.

NURSING AND THE FOCUS ON PATIENT SAFETY

ABSTRACT: Patient safety is an essential dimension of nursing care quality. It is a duty of nurses and a goal of health organizations. The objective of this article is to analyze the scientific evidence about patient safety in hospitals - emergency services, in the opinion of nurses. This is a systematic review of the literature with three stages. 1) Initial search in the SCIELO PORTUGAL, SCIELO BRAZIL, PUBMED, LILACS and MEDLINE databases. 2) Broader search in the other databases of the EBSCOHost platform. 3) Research in the bibliographic references of the selected articles. The selected studies cover the period between 2014 and 2019, resulting in five articles. Adverse events in health institutions were identified in the surveys due to several contributing factors: Work overload, lack of patient safety culture in the institution, understaff, punitive culture in the institutions contributing to the non-notification of adverse events due to fear, insecurity due to punitive culture, and the nurses consider that the nursing practice environment, Teamwork and issues related to the leadership of nurse managers are key factors in improving the quality of care provided and patient safety. Encouraging teamwork improves patient care, reduces adverse events, and increases quality. Knowing the opinion of nurses about patient safety in emergency services contributes to improving the quality of nursing care.

KEYWORDS: Adverse events, Patient Safety, Medical error, Quality of nursing.

INTRODUÇÃO

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem demonstrando a preocupação com a segurança do paciente devido a quantidade de eventos adversos no mundo global após uma publicação do livro “To err Is Human” em 1999, onde o autor enfatiza que mais de 98.000 americanos morrem por ano de eventos adversos por falha humana na assistência à saúde, e a partir de 2004 a OMS criou um programa chamado Patient Safety Program. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Em 2013 no Brasil, o ministério da saúde criou o Programa Nacional da Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de detectar diferentes tipos de erros na saúde e seus eventos adversos e propor medidas de mitigar tais eventos garantindo a qualidade na assistência em saúde. Segundo o PNSP do Ministério da Saúde define-se o termo evento adverso como: Dano causado por erros e não pela doença de base que resultou no tempo maior de permanência hospitalar gerando problemas de saúde ou morte e custo maior financeiro, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os erros identificados motivaram a OMS a criar as METAS INTERNACIONAIS DA SEGURANÇA DO PACIENTE e aderiu 6 metas: Meta 1. Identificação Correta do Paciente, Meta 2. Comunicação efetiva Meta 3. Medicação de alta vigilância segura Meta 4. Cirurgia Segura Meta 5. Higienização das Mãos Meta 6. Prevenção ao risco de queda e úlcera por pressão (AGUIAR, 2017). De acordo com a pesquisa em 2017 foi publicado o Boletim da segurança do paciente e qualidade em serviço de saúde onde consta 53.997 notificações no ano de 2016 (ANVISA, 2017).

Destas 53.997 notificações, 94% (50.735) ocorreram em unidades hospitalares, 1,2% (1.274) ocorreram em unidades de urgência e emergência e 0,9% (525) ocorreram em ambulatórios. (ANVISA 2017). Percebe-se que a maioria dos eventos foram em hospitais, um número elevado onde as medidas de intervenção e criação de protocolos dever ser normatizadas.

Dentro deste contexto uma das formas de mitigar os eventos adversos segundo a publicação do *JOURNAL OF SCHOOL NURSING* é transformar o ambiente de trabalho mais seguro aplicando-se uma cultura de segurança nas instituições de saúde (CARNEIRO, 2021).

De acordo com o artigo 3º parágrafo II da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº36 a cultura de segurança define-se: *“conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”* (MINISTERIO DA SAÚDE, 2015).

Um estudo explanatório em um hospital privado de grande porte no sul do Brasil, identificou a fragilidade em relação a cultura de segurança do paciente na instituição. O estudo em questão evidenciou que os profissionais perceberam como frágil a cultura de segurança do paciente, principalmente a existência da cultura punitiva no ambiente de trabalho, processos mal desenhados para passagem de plantão e a comunicação na unidade de trabalho.

A adequação dos profissionais somou em 60% do estudo, incluindo sobrecarga de trabalho devido o mal dimensionamento inadequado podendo prejudicar a qualidade do cuidado prestado. O trabalho em equipe considerou fragilizado levando a 30% do estudo. Por fim, uma cultura punitiva parece existir nos hospitais em geral, foi considerada dimensão fragilizada em 70% do estudo, dificultando a aprendizagem a partir dos erros. (PRATES, 2021).

Baseando na temática descrita, uma das metas trata-se da importância da comunicação: a meta 2. Uma publicação da revista Escola de Enfermagem da USP feita em uma unidade de emergência da Bahia destaca-se que os fatores internos fragilizam o processo de comunicação dando ênfase na superlotação da unidade de emergência, a equipe compreende a comunicação como medida de segurança, tendo ciência do Núcleo da Segurança do Paciente (NSP), porém existe esses pontos fracos da unidade: Super lotação, atendimento por ordem de chegada, sobrecarga, ausência de padronização de condutas assistenciais, profissionais sem experiência, déficit de relacionamento interprofissional e falha na comunicação oral e escrita. (COINFMAN MOTTA, 2021).

Outro ponto a ser melhorado quando se trata sobre a assistência de enfermagem na segurança do paciente é a meta 3: Falhas no processo de administração de medicamentos.

Baseando nesse contexto surge um questionamento: Quais fatores que levam a equipe de enfermagem cometer falhas no processo de administração de medicamentos?

Achado um estudo da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto RJ em um Hospital de Ensino de Minas Gerais, foi observado: Prescrição ilegível, sobrecarga de trabalho, alta complexidade de setor, deficiência na formação e/ou capacitação profissional, falta de atenção devido a conversa paralela no ambiente, setor tumultuado devido a demanda de pacientes e profissionais internos.

De acordo com a pesquisa a estratégias e condutas de melhoria no processo de medicação foi adotar o uso de etiquetas nos medicamentos de alta vigilância e a realização de notificação dos EAs. Porém as prescrições médicas ilegíveis são outros fatores determinantes da falha do processo. Um estudo brasileiro constatou que 43,3% dos profissionais de enfermagem evidenciaram a caligrafia do médico ilegível com dificuldade de ser lida como uma das quatro causas mais frequentes por ocorrência de erro (SIMAN et al, 2021).

Um artigo publicado referindo que os “fatores humanos surgem associado aos fatores sistêmicos que podem resultar em erros por negligência. As barreiras pessoais e profissionais como medo, responsabilidade dos enfermeiros levam a omissão dos erros e que a instituição promova uma cultura de aprendizagem não punitiva e implementar programas de educação sobre a segurança da medicação” (SAMICO et al, 2021).

É desafiador o gerenciamento operacional implementar estratégias para a segurança do paciente, e uma das soluções é o engajamento operacional da gestão. É o que diz o estudo de uma revista de brasileira de enfermagem REBEN: *“É necessário compromisso político e organizacional, ponderando às necessidades de acessibilidade, segurança, qualidade e relação custo-eficácia. Uma estrutura física e ambiente adequado, equipamentos médicos e outros recursos, muitas vezes, sustentam o cuidado clínicos prestados e, por isso, devem ser utilizados de forma segura”*, ou seja, para alcançar a segurança do paciente é necessária uma estrutura organizacional adequada, com investimento em pessoal, equipamentos e materiais (SIMAN GUERRA, 2019).

Outra meta proposta pela OMS e que precisa de mais atenção é a identificação correta do paciente. Baseando nesse contexto em relação de quais elementos devem estar na pulseira do paciente, a revista *Journal of Health Review* considera adequadamente no mínimo dois identificadores: Nome completo, data de nascimento, nome da mãe e o número de registro do hospital ou do sistema de saúde nacional. Reforça também que há identificadores inadequados como: Idade, sexo, diagnóstico, médico, número do leito ou do quarto. (BRITO et al, 2021). Seguindo a temática abordada, outra meta a ser discutida é a meta 6: Risco de queda e lesão por pressão. Um estudo quantitativo, transversal realizado em duas Instituições de longa Permanência (ILP) no município de Joao Pessoa/PB em 2016 apontou que no Brasil há 17,6 milhões de pessoas idosas, e que até em 2025 esse número crescerá 16x maior até em 2025.

Sendo assim, a queda é a causa principal trazendo prejuízos graves na população idosa. Aproximadamente 25% da população com mais de 65 anos de idade cai em cada

ano e 20% requerem atenção médica. Foi detectado algumas variáveis e os seguintes fatores de quedas na ILP: hipertensão com 66,7%, diabetes mellitus 33,3% como doença prévia, 22% das causas foram ocorridas em unidade hospitalares, dessas quedas 11,2% evoluíram em fraturas, do total das ocorrências 82,2% fazem uso de medicamentos e a maioria são anti-hipertensivos com 66,5%.

Com a finalidade de reduzir esse número significativo o enfermeiro deve realizar palestras educativas com os idosos e colaboradores, demonstrando como evitá-los, conscientizando com o foco na prevenção, realizando também avaliação geral de saúde de cada indivíduo com a atenção que compromete a segurança dos idosos. (NETO ARAÚJO, 2017).

Em um estudo transversal e retrospectivo em um hospital universitário de alta complexidade na região sul do Brasil, foi implementado checklist nas unidades de clínica cirúrgicas para a complementação do protocolo da meta 4 constituído pela OMS, onde foi analisado 2.593 prontuários para rastreabilidade de eventos adversos. Os dados das amostras mostraram que os EAs se concentraram na categoria Infecção Relacionada a Saúde (IRAS) com 50% dos casos, seguidos por procedimentos clínicos com 38,4%, acidentes com os pacientes 8,3%, choque séptico com 3,3%, nenhum desses casos não evoluíram para óbito.

A literatura aponta que mesmo com o uso de checklist cirúrgico, há uma necessidade de revisão e aprimoramento da técnica operatória e é imprescindível os profissionais em aprimoramento de habilidades técnicas clínicas e cirúrgicas a capacitação e supervisão constantes, visando promover a qualidade e segurança do paciente. (BATISTA JOSEMAR et al, 2019).

Seguindo a temática abordada, outra meta a ser discutida é a meta 6: Risco de queda e lesão por pressão. Um estudo quantitativo, transversal realizado em duas Instituições de longa Permanência (ILP) no município de Joao Pessoa/PB em 2016 apontou que no Brasil há 17,6 milhões de pessoas idosas, e que até em 2025 esse número crescerá 16x maior até em 2025.

Sendo assim, a queda é a causa principal trazendo prejuízos graves na população idosa. Aproximadamente 25% da população com mais de 65 anos de idade cai em cada ano e 20% requerem atenção médica. Foi detectado algumas variáveis e os seguintes fatores de quedas na ILP: hipertensão com 66,7%, diabetes mellitus 33,3% como doença prévia, 22% das causas foram ocorridas em unidade hospitalares, dessas quedas 11,2% evoluíram em fraturas, do total das ocorrências 82,2% fazem uso de medicamentos e a maioria são anti-hipertensivos com 66,5%.

Com a finalidade de reduzir esse número significativo o enfermeiro deve realizar palestras educativas com os idosos e colaboradores, demonstrando como evitá-los, conscientizando com o foco na prevenção, realizando também avaliação geral de saúde de cada indivíduo com a atenção que compromete a segurança dos idosos. (NETO ARAÚJO,

2017).

Em um estudo transversal e retrospectivo em um hospital universitário de alta complexidade na região sul do Brasil, foi implementado checklist nas unidades de clínica cirúrgicas para a complementação do protocolo da meta 4 constituído pela OMS, onde foi analisado 2.593 prontuários para rastreabilidade de eventos adversos. Os dados das amostras mostraram que os EAs se concentraram na categoria Infecção Relacionada a Saúde (IRAS) com 50% dos casos, seguidos por procedimentos clínicos com 38,4%, acidentes com os pacientes 8,3%, choque séptico com 3,3%, nenhum desses casos não evoluíram para óbito.

A literatura aponta que mesmo com o uso de checklist cirúrgico, há uma necessidade de revisão e aprimoramento da técnica operatória e é imprescindível os profissionais em aprimoramento de habilidades técnicas clínicas e cirúrgicas a capacitação e supervisão constantes, visando promover a qualidade e segurança do paciente. (BATISTA JOSEMAR et al, 2019).

CONCLUSÃO

O estudo identificou os artigos sobre a assistência de enfermagem nas metas internacionais da segurança do paciente, acerca dos pacientes hospitalizados e os principais eventos adversos, destacando-se a importância das notificações, implementação do núcleo da segurança do paciente, erradicar a cultura punitiva diante do erro e mais atenção a sobrecarga de trabalho.

No contexto inserido sobre a segurança do paciente, o papel da enfermagem tem se mostrado extremamente importante sabendo que a categoria se encontra na linha de frente de toda situação, desde a admissão do paciente até a sua alta hospitalar. Neste sentido, a equipe de enfermagem, bem como todo profissional de saúde é suscetível aos eventos adversos, porém este estudo dá ênfase a enfermagem, pois é a equipe que realiza diversas intervenções invasivas e permanece mais tempo com o paciente.

O gerenciamento operacional tem a suma importância para o segmento da segurança do paciente dentro da instituição, porém há um desvio para as mitigações das falhas. Uma das recomendações seria o engajamento das equipes, reduzindo a cultura punitiva e investimento em infraestrutura.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, LETICIA LIMA et al. ENFERMAGEM E METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA: AVALIAÇÃO EM HEMODIALISE. REVISTA COGITARE ENFERMAGEM, 2017. Disponível em: 45609-212390-1-pb.pdf (bvsalud.org). Acessado em 10 de outubro de 2024.

BATISTA, JOSEMAR et al. PREVALÊNCIA E EVITABILIDADE DE EVENTOS ADVERSOS CIRÚRGICOS EM HOSPITAL DE ENSINO NO BRASIL. REVISTA LATINO- AMERICANA DE ENFERMAGEM, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518- 8345.2939.3171>. Acesso em 25 de julho 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA. BOLETIM DA SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAUDE, 2017. Disponível hein boletim- seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-no-15.pdf (www.gov.br). Acesso em 15 de abril 2024.

BRITO, MARIA DE FÁTIMA et al. PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE EM SERVIÇO DE SAÚDE. BRASILIAN JOURNAL HEALTH REVIVEW, 2021. Disponível em doi:1034119/bjhrv4n2-030. Acesso em 07 de agosto 2024.

CARNEIRO, ALESSANDRA SUPTITZ. PATIENT SAFETY CULTURE IN CRITICAL AND NO-CRITICAL AREAS: A COMPARATIVE STUDY. BRAZILIAN. UNIVERSITY OF SÃO PAULO SCHOOL OF NURSE, 2021 Disponível em SciELO - Brasil - Patient safety culture in critical and non-critical areas: a comparative study Patient safety culture in critical and non- critical areas: a comparative study Acesso em 03 de outubro de 2024.

COIFMAN, ALYNE HENRI MOTTA. COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM UNIDADE DE EMERGENCIA. REVISTA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP, São Paulo 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980- 220X2020047303781>. Acesso em 19 de julho 2024.

MINISTERIO DA SAUDE. DOCUMENTO DE REFERÊNCIA PARA O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE, 2014. Disponível hein Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (saude.gov.br) Acesso em 15 de abril 2024.

NETO, ANTONIO HERCULANO DE ARAÚJO et al. QUEDAS EM IDOSO INSTITUCIONALIZADOS: RISCOS, CONSEQUENCIAS E ANTECEDENES. REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, São Paulo 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0107>. Acesso em 25 de julho 2024.

PRATES, CASSIANA GIL. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAUDE. REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM 2021. Porto Alegre RS. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200418>. Acesso em 25 de junho 2024.

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA, MINISTERIO DA SAUDE 2015. Disponível em: RDC_36_2015_COMP.pdf (www.gov.br) Acesso em 10 de junho 2024.

SAMICO, CELIA SOFIA BARREIROS et al. OCORRÊNCIA DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO. NEW TRENDS IN QUALITATIVE RESEARCH, Portugal 2021. Disponível em <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504>. Acesso em 01 de agosto de 2024.

SINAN, GUERRA ANDREIA et al. ERRO DE MEDICAÇÃO: CONCEPÇÕES E CONDUTA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. REVISTA DE PESQUISA CUIDADO E FUNDAMENTAL

ONLINE 2021. Rio de Janeiro. Disponível em Medication error: conceptions and behaviors of the nursing team members / Erro de medicação: concepções e conduta da equipe de enfermagem | Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online (unirio.br) Acesso em 01 de agosto de 2024.