

Segurança do paciente: Um plano de intervenção em um hospital público do Rio de Janeiro

RESUMO

Objetivo: Implementar os protocolos de identificação do paciente e cirurgia segura em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. **Método:** Trata-se de um plano de intervenção. As ações do processo de implantação do protocolo ocorreram de agosto de 2016 a fevereiro de 2017. **Resultados:** Cartaz sobre notificação de eventos adversos; folder de cirurgia segura; folder com orientações para os pacientes; plano de ação; o evento "Semana da Segurança do Paciente"; indicadores de: Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura; taxa de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; taxa de pacientes com pulseiras padronizadas; quadro de cirurgia segura; protocolo de cirurgia segura e de identificação de pacientes da instituição; elaboração de um novo termo de consentimento informado; cartaz de orientação aos funcionários administrativos sobre a identificação do paciente. **Conclusão:** Através deste trabalho, foi possível conhecer e levantar os obstáculos para implementar estratégias que vão impactar na segurança do paciente e estabelecer prioridades de atuação.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Erros Médicos; Gestão de Riscos.

ABSTRACT

Objective: Implement patient identification and safe surgery protocols at the emergency hospital. **Method:** This is an intervention plan. The actions of the protocol implementation process took place from August 2016 to February 2017. **Results:** Adverse event notification poster; safe surgery folder; folder with guidelines for patients; action plan; the event "Patient Safety Week"; indicators of: Safe surgery checklist adherence rate; adverse event rate due to patient identification failures; patient rate with standardized wristbands; safe surgery picture; protocol for safe surgery and patient identification of the institution; drafting of a new informed consent form; guidance poster to administrative staff on patient identification. **Conclusion:** Through this work it was possible to know and raise obstacles to implement strategies that will impact patient safety and establish priorities for action.

KEYWORDS: Patient Safety; Medical Errors; Risk Management.

RESUMEN

Objetivo: Implementar protocolos de identificación de pacientes y cirugía segura en un hospital de emergencia. **Método:** Este es un plan de intervención. Las acciones del proceso de implementación del protocolo tuvieron lugar desde agosto de 2016 hasta febrero de 2017. **Resultados:** Cartel de notificación de eventos adversos, carpeta de cirugía segura; carpeta con pautas para pacientes; plan de acción; el evento "Semana de seguridad del paciente"; indicadores de: Tasa de adherencia a la lista de verificación de cirugía segura; tasa de eventos adversos debido a fallas de identificación del paciente; tasa de pacientes con pulseras estandarizadas; cuadro de cirugía segura; protocolo para cirugía segura e identificación del paciente de la institución; redacción de un nuevo formulario de consentimiento informado; póster de orientación para el personal administrativo sobre identificación del paciente. **Conclusión:** a través de este trabajo fue posible conocer y plantear obstáculos para implementar estrategias que impactarán la seguridad del paciente y establecerán prioridades para la acción.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del Paciente; Errores Médicos; Gestión de Riesgos.

RECEBIDO EM: 17/10/2019 APROVADO EM: 17/10/2019

Alice Eulália de Chagas Ribeiro

Médica/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Mestrado Profissional da Unirio.

Mônica Dias de Araújo

Assistente Social/Hospital municipal Miguel Couto (HMMC).

Teresa Cristina Brasil Ferreira

Enfermeira/Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC); Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial/UFF.

Nadime Vicenti Micati

Enfermeira/Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC).

Marcos Ribeiro Machado

Médico anestesiológico/Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC).

Rosana Moraes Mendes da Silva

Enfermeira/Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC).

INTRODUÇÃO

Os danos aos pacientes são resultantes de cuidados de saúde sendo inaceitáveis que eles aconteçam. A falta de segurança do paciente, além de um problema clínico, também onera os gastos dos serviços de saúde e configura uma falha na qualidade. Isto faz com que esta problemática tenha sido fortemente discutida no mundo, pois é considerada um problema de saúde pública e uma questão de garantia de direitos humanos⁽¹⁾.

Foi estimado, em hospitais desenvolvidos no mundo, que as taxas de eventos adversos (EA) foram maiores do que se imaginava anteriormente, com taxas em torno de 8%⁽²⁾ e que mais da metade deles eram evitáveis. Na Europa, estimou-se que 10,8% dos pacientes hospitalizados foram acometidos por eventos adversos, dos quais 46% poderiam ter sido prevenidos⁽³⁾. No Brasil, estudo⁽⁴⁾ conduzido em hospitais do Rio de Janeiro estimou incidência de 7,6% desses eventos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde⁽⁵⁾. Atualmente, os sistemas e organizações de saúde buscam alternativas e soluções para melhorar a qualidade e a segurança do paciente. Sendo assim, a OMS priorizou ações para reduzir os riscos e mitigar os danos através da elaboração de planos focados em seis metas internacionais, quais sejam: identificação correta do paciente; comunicação entre profissionais de saúde; segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; cirurgia segura; higienização das mãos; riscos de quedas e úlceras de pressão.

Dentro dessa temática, os erros de identificação podem acometer os pacientes em todo o processo do cuidado, desde a admissão até a alta. A identificação do paciente tem como objetivo assegurar que o tratamento seja a ele corretamente destinado, prevenindo a ocorrência de erros. É um protocolo essencial para a garantia da qualidade da assistência à saúde. Não menos importante, o protocolo de cirurgia segura tem sido utilizado para a prevenção de erros relacionados à cirurgia. Aproximadamente, 40% dos eventos adversos ocorrem em salas de cirurgia e, desses, 50% são considerados erros evitáveis⁽⁶⁾. Embora a cirurgia represente um tratamento médico, nos países industrializados a taxa de morte de pacientes submetidos à cirurgia foi estimada em 0,4 a 0,8%, e a taxa de complicações maiores foi estimada em 3 a 17%^(7,8). Considerando a atuação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), formado por equipe multidisciplinar que vem desenvolvendo ações para diminuir os danos aos pacientes, a pergunta que se deseja responder com este trabalho é: Quais estratégias podem ser utilizadas para propiciar a adesão dos profissionais de um hospital público aos protocolos de identificação e cirurgia segura?. Na tentativa de responder ao questionamento, o tema do estudo é o Plano de Implantação referente aos protocolos de Identificação do Paciente e de Cirurgia Segura.

O hospital onde foi realizado o estudo tem perfil de alta complexidade com emergência, sendo referência em trauma e envolvendo, por isso, vários processos e níveis de atendimento oferecidos por equipes multiprofissionais. Não conformidades na identificação do paciente

vêm sendo apontadas como um fator preocupante na assistência à saúde⁽⁹⁻¹²⁾, evidenciando que a identificação incorreta induz a uma série de eventos adversos ou erros envolvendo a administração de medicamentos e hemocomponentes, a realização de procedimentos ou cirurgias e os exames laboratoriais e radiológicos como, também, entrega de recém-nascidos às famílias erradas na alta ou no momento do aleitamento. Outros fatores que concorrem para os erros na identificação são a troca de dígitos no número do registro hospitalar, o uso de etiquetas erradas ou com dados incorretos, incompletos, ilegíveis e os indivíduos homônimos.

Apesar dos protocolos de identificação e cirurgia seguras já terem sido implementados no hospital em estudo, a adesão tem sido lenta. A meta para o indicador foi estabelecida em 100% tanto para a marcação da lateralidade quanto para o consentimento informado, porém, após treinamentos e campanhas realizadas, a taxa obtida através de um levantamento aleatório realizado em fevereiro de 2016, com uma amostra de 77 pacientes, é de que apenas 35% dos pacientes em que era necessário marcar o lado tinham a marcação da lateralidade e 28% assinaram o termo de consentimento. Na ocasião, não foi medido o time out ou a taxa de adesão ao checklist propriamente dito.

Com relação à identificação do paciente com pulseiras, os indicadores provenientes das rondas na emergência não chegaram à 50%; obteve-se esse percentual dividindo o número de pacientes com pulseira pelo número de pacientes internados na enfermagem, multiplicado por 100. Portanto, este estudo se propôs a levantar meios para melhorar a adesão dos profissionais a essas metas e contri-

buir para a construção do plano de segurança do paciente. Assim, priorizou-se o planejamento de ações relacionadas aos protocolos de identificação do paciente e cirurgia segura.

METODOLOGIA

Trata-se de um plano de intervenção de alunos do Curso de Especialização em Segurança do Paciente para Profissionais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) em um hospital público. A pesquisa realizada na Instituição foi autorizada pela direção a partir da assinatura da Carta de Anuência pela Direção da Instituição em junho de 2017.

A equipe do NSP se reunia semanalmente e, através de um plano de trabalho, o grupo discutiu e promoveu ações para implementação de protocolos específicos relacionados à gestão de risco, qualidade e segurança do paciente, norteando princípios e diretrizes, assim como a disseminação sistemática da cultura de segurança.

Ao considerar a Segurança do Paciente como uma das dimensões da qualidade, o grupo utilizou como estratégia algumas ferramentas da qualidade para a sistematização das ações. As ferramentas da qualidade são técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. Algumas são citadas a seguir: plano de ação - documento que contém informações importantes para a conclusão de um objetivo em determinado prazo; fluxograma - é a representação gráfica da sequência das atividades de um processo. É uma ilustração do fluxo das várias operações de um processo e suas etapas; 5W3H - ferramenta utilizada para elaboração do plano de ação, que identifica as ações a serem realizadas e os responsáveis por elas através dos questionamentos: who (quem), what (o que), where (onde), when (quando), why (por que), how (como), how many (quanto - quantidade), how much (quanto - custo). O plano de ação,

**A implantação
começou
especificamente
em uma clínica
(Neurocirurgia),
como projeto
piloto. Os
integrantes
do Núcleo de
Segurança do
Paciente se fizeram
presentes em
sala de cirurgia
explicando à
equipe o objetivo
do checklist e a
importância para a
prevenção de erros,
dando início à
checagem dos itens
contidos nas três
fases da cirurgia
segura: sign in,
time out e sign out.**

um dos resultados desta pesquisa, foi baseado nesta ferramenta; Folhas de verificação - checklist que permite imediata interpretação da situação e ajuda a diminuir erros. O checklist foi elaborado pelos enfermeiros do centro cirúrgico e utilizado para a realização do protocolo de cirurgia segura; Brainstorming - reunião de um grupo de pessoas que utiliza seus pensamentos e opiniões para atingir um consenso sobre determinado assunto. Após a realização de brainstormings com as lideranças, listou-se uma quantidade de problemas que dificultaram a implementação do protocolo de cirurgia segura, dentre eles o distanciamento na relação médico/paciente, no pré-operatório, e que talvez tenha relação com a baixa adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Cirurgia Segura: as ações do processo de implantação do protocolo ocorreram de agosto de 2016 a fevereiro de 2017. Na intenção de aproximação com o tema, para início do processo de implantação do checklist de cirurgia segura, foram realizadas apresentações do conteúdo aos profissionais médicos, um serviço por vez e aos enfermeiros chefes de setor e colaboradores do centro cirúrgico. A implantação começou especificamente em uma clínica (Neurocirurgia), como projeto piloto. Os integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente se fizeram presentes em sala de cirurgia explicando à equipe o objetivo do checklist e a importância para a prevenção de erros, dando início à checagem dos itens contidos nas três fases da cirurgia segura: sign in, time out e sign out.

“A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é extensa exige uma quantidade considerável de tempo e atenção. É necessário que a organização tenha decidido mobilizar e sensibilizar seus profissionais e concentrar esforços para a identificação e a redução dos riscos para

Quadro 1. Plano de ação de Cirurgia Segura. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017

WHAT / O QUÊ?	WHY / POR QUÊ?	HOW / COMO?	DESDOBRAMENTO DAS AÇÕES	WHERE / ONDE?	WHO / QUEM?	HOW MUCH / QUANTO (CUSTO)?	WHEN / QUANDO?	HOW MANY / QUANTO (QUANTIDADE)?	SITUAÇÃO	INDICADOR	ALERTA	
Implementar o Protocolo de Cirurgia segura/Lateralidade	<p>Em todo o mundo, são realizadas cerca de 234 milhões de cirurgias por ano, com sete milhões de complicações estimadas e um milhão de óbitos, e metade desses considerados evitáveis¹. Em torno de 40% dos eventos adversos (EAs) ocorrem em salas de cirurgia, e desses 50% são considerados erros evitáveis². Apesar de a cirurgia representar um tratamento médico, nos países industrializados a taxa de morte de pacientes submetidos a cirurgia foi estimado em 0,4 a 0,8%, e a taxa de complicações maiores foram estimadas em 3 a 17%^{3,4}. Uma estratégia que está sendo promovida para ajudar a reduzir complicações que surgem durante a cirurgia é o uso de lista de verificação. Um estudo realizado em vários hospitais do mundo, antes e depois da implementação do check list pela OMS, revelou que num período de três a seis meses, da introdução da lista houve diminuição na mortalidade de 1,5 para 0,8% e de complicações de 11% para 7%⁵.</p> <p>Bibliografia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklist: a review. ANZ J Surg. 2013 Apr 18. 2. Low D, Walker I, Heitmiller E. Implementing checklists in the operating room. Paediatr Anaesth. 2012;22:1025-31 3. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, et al. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. Surgery 1999;126:66-75. 4. Kable AK, et al. Adverse events in surgical patients in Australia. Int J Qual Health Care 2002; 14:269-76 5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009;360:491-9. 	Agendar reunião com chefes de serviço e direção	Pauta: horário de início das cirurgias, avisar sobre a obrigatoriedade da marcação da lateralidade, definir qual residente fará a marcação, discutir TCLE	Na sala do Núcleo de Segurança do Paciente do HMMC	Maria Cristina	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Fevereiro de 2017	Memorando (PC e papel)	concluída			
		Apresentar a tabela dos eventos notificados em 2016	Elaborar a tabela/gráfico dos eventos notificados no HMMC e encaminhar aos chefes de serviço	Na sala do Núcleo de Segurança do Paciente do HMMC	Rosana	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Realização em todos os serviços finalizada em agosto de 2017	PC, ppt e papel, datashow	Concluído			
		Monitorar os pacientes que estiverem entrando no centro cirúrgico com lateralidade marcada e TCLE assinado	Colocar no mapa cirúrgico um campo para monitorar cada item	No mapa cirúrgico	Enfermeiros Teresa, Nilson, Marcos e Joice	Custos da hora profissional inserido no orçamento da instituição	fev/16	Caneta e mapa cirúrgico	Concluído			
		Executar ações para a implementação do check list ao protocolo de Cirurgia Segura no CC	Elaboração do layout do check list no quadro branco	Na sala do serviço de anestesia	Teresa, Nilson, Drs. Marcos e Rafael e Guilherme Holck	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Ação finalizada na 1ª quinzena de dez/15	PC (Excell)	concluído	Taxa de adesão à lista de verificação com padrões de cirurgia segura		
		Realização da simulação com a neurocirurgia	No centro cirúrgico, na sala D	Dr.Rafael, Nilson, Teresa e equipe de neurocirurgia	Quadro branco, caneta, apagador, check list	Ação finalizada na 1ª quinzena de dez/15	Quadro branco, caneta, apagador, check list	concluída				
		Confecção do quadro para todas as salas cirúrgicas	Empresa contratada pelo HMMC	Márcio (diretor administrativo)	R\$4.800,00	fev/16	08 quadros brancos com layout personalizado	concluída				
		Apresentar o protocolo para o Serviço de Neurocirurgia	Na sala do serviço de Neurocirurgia	Teresa, Nilson e Fernanda	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Finalizar o processo em dez/15	Data show do serviço de Educação Continuada, protocolo e check list	concluída				
		Elaborar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) genérico próprio para o Miguel Couto	Na sala do Núcleo do Paciente do HMMC, durante as reuniões	Dr. Marcos e Dr. Washington e os chefes de serviço	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Março de 2017	RH, computador, impressora, papel	concluído				
		Implementar o protocolo para todos os Serviços Cirúrgicos	Na sala dos médicos das diversas clínicas cirúrgicas: geral, ortopedia, vascular, otorrino, procto.	Teresa, Nilson Dr. Marcos, Dr. Rafael, residente Fernanda	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Fevereiro, março, abril /2016	Data show do serviço de Educação Continuada, PC, protocolo e check list	Pendente				

Quadro 1. Plano de ação de Cirurgia Segura. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017

WHAT / O QUÊ?	WHY / POR QUÊ?	HOW / COMO?	DESDOBRAMENTO DAS AÇÕES	WHERE / ONDE?	WHO / QUEM?	HOW MUCH / QUANTO (CUSTO)?	WHEN / QUANDO?	HOW MANY / QUANTO (QUANTIDADE)?	SITUAÇÃO	INDICADOR	ALERTA
Implementar o Protocolo de cirurgia segura/Lateralidade	<p>Em todo o mundo, são realizadas cerca de 234 milhões de cirurgias por ano, com sete milhões de complicações estimadas e um milhão de óbitos, e metade desses considerados evitáveis¹. Em torno de 40% dos eventos adversos (EAs) ocorrem em salas de cirurgia, e desses 50% são considerados erros evitáveis². Apesar de a cirurgia representar um tratamento médico, nos países industrializados a taxa de morte de pacientes submetidos a cirurgia foi estimado em 0,4 a 0,8%, e a taxa de complicações maiores foram estimadas em 3 a 17%^{3,4} Uma estratégia que está sendo promovida para ajudar a reduzir complicações que surgem durante a cirurgia é o uso de lista de verificação. Um estudo realizado em vários hospitais do mundo, antes e depois da implementação do check list pela OMS, revelou que num período de três a seis meses, da introdução da lista houve diminuição na mortalidade de 1,5 para 0,8% e de complicações de 11% para 7%⁵</p> <p>Bibliografia: 1. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklist: a review. ANZ J Surg. 2013 Apr 18. 2. Low D, Walker J, Heit-miller E. Implementing checklists in the operating room. Paediatr Anaesth. 2012;22:1025–31 3. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, et al. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. Surgery 1999;126:66–75. 4. Kable AK, et al. Adverse events in surgical patients in Australia. Int J Qual Health Care 2002; 14:269–76 5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009;360:491-9.</p>	Agendar reunião com chefes de serviço e direção	Pauta: horário de início das cirurgias, avisar sobre a obrigatoriedade da marcação da lateralidade, definir qual residente fará a marcação, discutir TCLE	Na sala do Núcleo de Segurança do Paciente do HMMC	Maria Cristina	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Fevereiro de 2017	Memorando (PC e papel)	concluída	Taxa de adesão à lista de verificação com padrões de cirurgia segura	
		Apresentar a tabela dos eventos notificados em 2016	Elaborar a tabela/gráfico dos eventos notificados no HMMC e encaminhar aos chefes de serviço	Na sala do Núcleo de Segurança do HMMC	Rosana	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Realização em todos os serviços finalizada em agosto de 2017	PC, ppt e papel, datashow	Concluído		
		Monitorar os pacientes que estiverem entrando no centro cirúrgico com lateralidade marcada e TCLE assinado	Colocar no mapa cirúrgico um campo para monitorar cada item	No mapa cirúrgico	Enfermeiros Teresa, Nilson, Marcos e Joice	Custos da hora profissional inserido no orçamento da instituição	fev/16	Caneta e mapa cirúrgico	Concluído		
		Executar ações para a implementação ao protocolo de Cirurgia Segura no CC	Elaboração do layout do check list no quadro branco	Na sala do serviço de anestesia	Teresa, Nilson, Drs. Marcos e Rafael e Guilherme Holck	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Ação finalizada na 1ª quinzena de dez/15	PC (Excel)	concluído		
			Realização da simulação com a neurocirurgia	No centro cirúrgico, na sala D	Dr.Rafael, Nilson, Teresa e equipe de neurocirurgia	Quadro branco, caneta, apagador, check list	Ação finalizada na 1ª quinzena de dez/15	Quadro branco, caneta, apagador, check list	concluído		
			Confecção do quadro para todas as salas cirúrgicas	Empresa contratada pelo HMMC	Márcio(diretor administrativo)	R\$4.800,00	fev/16	08 quadros brancos com layout personalizado	concluído		
			Apresentar o protocolo para o Serviço de Neurocirurgia	Na sala do serviço de Neurocirurgia	Teresa, Nilson e Fernanda	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Finalizar o processo em dez/15	Data show do serviço de Educação Continuada, protocolo e check list	concluído		
			Elaborar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) genérico próprio para o Miguel Couto	Na sala do Núcleo do Paciente do HMMC, durante as reuniões	Dr. Marcos e Dr. Washington e os chefes de serviço	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Março de 2017	RH, computador, impressora, papel	concluído		
			Implementar o protocolo para todos os Serviços Cirúrgicos	Na sala dos médicos das diversas clínicas cirúrgicas: geral, ortopedia, vascular, otorrino, procto.	Teresa, Nilson Dr. Marcos, Dr. Rafael, residente Fernanda	Custos da hora profissional e salas de reunião já inseridos no orçamento da instituição	Fevereiro, março, abril /2016	Data show do serviço de Educação Continuada, PC, protocolo e check list	pendente		

promover a cultura de segurança e não apenas aplicar uma lista de verificação^(13;192).

As etapas da implantação foram às seguintes: levantamento do referencial bibliográfico; avaliação do protocolo de Cirurgia Segura da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); adequação do checklist de cirurgia segura já elaborado pelos enfermeiros do centro cirúrgico; apresentação do Protocolo de Cirurgia Segura aos profissionais; aplicabilidade do checklist de Cirurgia Segura como projeto piloto na Neurocirurgia; confecção do protocolo institucional de Cirurgia Segura; implantação oficial da Meta 2: Segurança nos Procedimentos Cirúrgicos; confecção dos indicadores de Cirurgia Segura.

O grupo produziu o seguinte material: cartaz sobre notificação de eventos adversos, folder de cirurgia segura; folder com orientações para os pacientes; plano de ação; o evento “Semana da Segurança do Paciente”; indicadores de: Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura, Taxa de eventos adversos devido às falhas na identificação do paciente, Taxa de pacientes com pulseiras padronizadas; quadro de cirurgia segura; protocolo de cirurgia segura e de identificação de pacientes da instituição, elaboração de um novo termo de consentimento informado, cartaz de orientação aos funcionários administrativos sobre a identificação do paciente.

Durante a implantação, foram percebidas as seguintes barreiras: a má distribuição de tarefas entre os residentes, acarretando sobrecarga de trabalho para alguns; a falta de cobrança ou premiações por parte dos staffs e dos gestores, da instituição às equipes, a baixa adesão à marcação da lateralidade por algumas clínicas; baixa adesão ao time out, atrasos do mapa cirúrgico, falta de RH suficiente, principalmente de enfermeiros para supervisionar a execução do time out e a falta de “bate-mapa” (planejamento do mapa cirúrgico).

A duplicação de atividades em razão de verificações existentes; uso inadequado; o tempo consumido; timing inadequado; comunicação ruim entre os profissionais;

falta de familiaridade entre os profissionais; vergonha; e hierarquia na sala de cirurgia têm sido os obstáculos encontrados na utilização do checklist cirúrgico⁽¹⁴⁾. Identificação do Paciente: O protocolo de identificação foi elaborado em julho de 2016 e, a partir daí, começaram as ações para sua implementação. Inicialmente foi realizada uma reunião com a enfermeira responsável pelos profissionais que trabalhavam na porta de entrada e acolhimento para apresentar o protocolo e marcar o treinamento com os profissionais.

Na ocasião, decidiu-se que o projeto teria início na emergência do hospital. Foram solicitadas as pulseiras brancas para distribuição nos setores de porta de entrada aos funcionários administrativos e realizado treinamento. Em algumas rondas realizadas em dias aleatórios, na emergência, no total de 181 pacientes, apenas 46% estavam identificados; durante as rondas, que eram feitas pelos integrantes do NSP diariamente, orientações foram dadas aos profissionais de enfermagem e administrativos. Mas, problemas continuaram a acontecer tendo o NSP adotado algumas medidas, tais como: reuniões com a coordenação dos funcionários administrativos, confecção de cartazes explicativos quanto

à importância da identificação e reunião com as chefias de enfermagem solicitando cooperação. Com objetivo de solicitar apoio das lideranças, foi realizada uma reunião/brainstorming que culminou com a comunicação oficial da Direção quanto à implantação do protocolo. Após a implantação na emergência, a meta foi estendida aos outros setores do hospital e novas capacitações foram planejadas, buscando incentivá-los a adotarem o protocolo.

Nesta trajetória, algumas dificuldades referentes ao fluxo de admissão dos pacientes no hospital foram encontradas devido à unidade ter várias portas de entrada. Pacientes ambulatoriais vinham provenientes do ambulatório para internação para cirurgias eletivas, porém não passavam pela porta de entrada principal, onde deveriam ser identificados.

Outra porta de entrada eram os pacientes oriundos da Unidade de Coordenação de Emergência Regional que atende as emergências clínicas ao lado do hospital, que chegavam para exame e pareceres médicos e que precisavam ser internados, mas não passavam pelo NIR (Núcleo Interno de Regulação), onde deveria ser aberto o prontuário e realizada a identificação.

A alta rotatividade dos funcionários

Figura 1. Quadro de Cirurgia Segura. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017

O formulário, intitulado "CIRURGIA SEGURA", contém os seguintes campos e seções:

- Identificação do Paciente:** Paciente, DATA NASCIMENTO, ENTRADA NA S.O. (hs), PROCEDIMENTO, LATERALIDADE E LOCAL, CIRURGIÃO, ANESTESISTA.
- ANTES DE INICIAR A CIRURGIA ("TIME OUT"):**
 - PROFISSIONAIS DA EQUIPE CONFIRMAM SEUS NOMES E PROFISSÕES
 - CIRURGIÃO/ ANESTESISTA / ENFERMAGEM CONFIRMAM: IDENTIDADE PACIENTE PROCEDIMENTO: LOCAL E LATERALIDADE
 - REVISÃO PELO CIRURGIÃO: RISCO DE SANGRAMENTO > 500 ML (TMLNG EM CRIANÇAS)
 - REVISÃO PELO ANESTESISTA: ALERGIAS: CUIDADOS ESPECIAIS: _____
 - EQUIPAMENTOS/ INSTRUMENTAIS NECESSÁRIOS DISPONÍVEL
 - ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO ADMINISTRADO NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS SIM (MEDICAMENTO: _____ DOSE: _____) NÃO
 - EXAMES DE TUBAGEM DISPONÍVEL? SIM NÃO
 - CONFIRMADA UNIDADE DE DESTINO NO PÓS-OP: _____
- ANTES DO PACIENTE SAIR DE SALA:**
 - CONFIRMAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO
 - CONTAGEM DE INSTRUMENTAL, COMPRESSOS E GAZES
 - PEÇA CIRÚRGICA IDENTIFICADA, COM NOME DO PACIENTE E ENCAMINHADA?
- SAÍDA DA S.O. (hs)**
- Responsável pelo paciente:** _____

Elaborado por: Dr. Guilherme Holk, 2017.

administrativos, que são terceirizados, era um agravante da situação, uma vez que, os treinamentos têm que ser realizados com mais frequência. O grupo sugeriu a criação de um serviço multidisciplinar de acolhimento pré-internação, em que tanto os pacientes quanto os acompanhantes fossem orientados e educados nas práticas de segurança do paciente.

DISCUSSÃO

A melhoria da identificação das pessoas que circulam no hospital é essencial. Para melhorar a adesão do protocolo de cirurgia segura, é necessário que haja um engajamento de todas as equipes cirúrgicas, desenhar fluxos do processo cirúrgico, que esse faça parte das atividades de ensino dos preceptores, juntamente com a educação permanente. A falta de anestesistas, enfermeiros e maqueiros foi um dificultador do projeto de cirurgia segura aliado à defasagem tecnoló-

gica de alguns equipamentos do centro cirúrgico. Em todas as fases de implementação dos protocolos, sentiu-se a necessidade da adesão das lideranças do hospital para incentivar a integração das comissões existentes e cobrança de planos e resultados. Devido ao apoio dos gestores, alguns benefícios foram alcançados: uma sala para as reuniões e trabalhos do NSP, um computador, construção de banner para campanhas e confecção de quadros para o centro cirúrgico.

Também como resultado do estudo foi elaborado um cartaz sobre notificação de eventos adversos; um folder com o protocolo de cirurgia segura; um folder com orientações para os pacientes; o plano de ação; o evento “Semana da Segurança do Paciente”; elaboração dos indicadores de: Taxa de adesão à lista de verificação de cirurgia segura; taxa de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; taxa de pacientes com pulseiras padronizadas; confecção do quadro de cirurgia se-

gura; elaboração do protocolo de cirurgia segura e de identificação de pacientes da instituição; elaboração de um novo termo de consentimento informado; cartaz de orientação aos funcionários administrativos sobre a identificação do paciente.

CONCLUSÃO

Através deste trabalho, foi possível conhecer e levantar os obstáculos para implementar estratégias que vão impactar na segurança do paciente e estabelecer prioridades de atuação. Isso remete a um caminho a percorrer na criação de uma cultura de segurança que favoreça o aprimoramento de práticas seguras através das melhorias das metas propostas, estimulando o trabalho em equipe e a melhoria da comunicação no ambiente no ambiente seguro.

O projeto também traz o benefício de inserir os acadêmicos na temática segurança do paciente por ser um hospital escola. ■

REFERÊNCIAS

1. Davis P. Health care as a risk factor. *CMAJ* [Internet]. 2004 [acesso em 06 nov 2019]; 170(11):1688-9. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040690>
2. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2008 [acesso em 06 nov 2019]; 17(3):216-23. DOI: <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>.
3. Vincent C, Woloshyn W. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* [Internet]. 2001 [acesso em 06 nov 2019]; 322(7285):517-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7285.517>.
4. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2009 [acesso em 06 nov 2019]; 21(4):279-84. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>.
5. World Health Organization. FiftyFifth World Health Assembly. Quality of care: patient safety [Internet]. 2002 [citado 2019 Ago 6]. Disponível em: www.who.int/patientsafety/en/.
6. Low D, Walker I, Heitmiller E. Implementing checklists in the operating room. *Paediatr Anaesth* [Internet]. 2012 [acesso em 06 nov 2019]; 22(10):1025-31. DOI: <https://doi.org/10.1111/pan.12018>.
7. Lemos CS, Cunha KCS. The use of patient identification in a hospital unit. *Rev enferm UFPE on-line* [Internet]. 2017 [acesso em 06 nov 2019]; 11(1):130-9. DOI: <https://doi.org/10.5205/revol.9978-88449-6-1101201716>.
8. Lopes LMM, Santos SMP. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2010 [citado 2019 Out 2]; 11(2):181-9. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400019&lng=pt.
9. World Health Organization. Joint Commission Resources. Joint Commission International. Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification [Internet]. 2007 [citado 2019 Jan 11]. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>.
10. Askeland RW, McGrane SP, Reifert DR, Kemp JD. Enhancing transfusion safety with an innovative Bar-Code-Based tracking system. *Healthc Q* [Internet]. 2009 [acesso em 06 nov 2019]; 12:85-9. DOI: <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.20973>.
11. Quadrado ERS, Tronchin DMR. Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [acesso em 06 nov 2019]; 20(4):659-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400005>.
12. Perry DC, Scott SJ. Identifying patient in hospital: are more adverse events waiting to happen? *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2007 [acesso em 06 nov 2019]; 16(2):160. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.022202>.
13. De Vries EN, Prins HA, Crolla R, Den Outer AJ, Van Andel G, Van Helden SH, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 [acesso em 06 nov 2019]; 363(20):1928-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa0911535>.
14. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklist: a review. *ANZ J Surg* [Internet]. 2013 [acesso em 06 nov 2019]; 84(3):148-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/ans.12168>.