

## **IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/MG**

A Segurança do Paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução, a um nível mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde (WHO; 2008). Esse dano causado à saúde decorrente da assistência é chamado de Evento Adverso (EA).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) oferta diversos serviços com potencial de causar EA, tais como: aplicação de imunobiológicos, dispensação e aplicação de medicamentos, coleta de exames, consultas médicas, procedimentos de enfermagem e odontológicos, além do atendimento de profissionais do Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF).

No final da década de 1990 a publicação do relatório *To Err is Human: Building a safer health care system*, revelou que aproximadamente 44 a 98 mil pessoas morriam por ano nos Estados Unidos devido a erros relacionados com a assistência à saúde (KOHAN L.T., CORRIGNAN J.M., DONALDSON M.S.; 1999).

Visto isso, a preocupação com a segurança do paciente surgiu nesta UBS que possui uma área de abrangência com cerca de 19.000 habitantes, além de contar com aproximadamente 70 profissionais, de diversos vínculos empregatícios, incluindo preceptores e alunos da graduação, realizando cerca de 400 atendimentos diários.

A inquietação com a implantação da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde teve início com a identificação de eventos que geravam insegurança ao usuário e como medida inicial, propôs a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), conforme a RDC nº 36/2013 da ANVISA e os primeiros passos foram: i) identificar os tipos de EA que mais ocorrem na UBS, ii) compreender as causas, procurar soluções e criar novos fluxos para melhoria da segurança dos procedimentos em saúde, iii) transpor a evidência em cuidados mais seguros.

Atualmente, o NSP é composto pelo gestor local, um farmacêutico, um enfermeiro e um médico. Essa equipe é responsável pela coleta, análise e recebimento das notificações dos EAs.

A notificação do erro pode ser realizada voluntariamente pelo trabalhador ou pelo próprio NSP, para que posteriormente sejam implantadas ações específicas para melhoria contínua da segurança local. Essa identificação dos danos possibilita a aprendizagem e prevenção de incidentes, onde o objetivo não é punição, e sim correção do processo de trabalho.

Periodicamente é realizada capacitação com os profissionais da UBS onde a equipe é convidada a conhecer e fazer reflexões sobre a segurança do paciente: Os serviços de saúde são inseguros para o paciente e para os trabalhadores? Quais as soluções e fluxos possíveis para melhoria do processo de trabalho para torná-lo mais seguro? Como podemos reduzir as chances de coisas EA acontecerem? E se elas acontecem, como podemos aprender com elas? As percepções do grupo são registradas para análises e discussões posteriores.

A análise das informações é consolidada em encontros semanais do NSP, com duração de cerca de duas horas. Nesses encontros é realizada a contemplação dos incidentes e EAs notificados na semana, com a proposta da ação corretiva, planejamento de intervenções, treinamentos e capacitações. Após a identificação dos casos críticos, os profissionais envolvidos no setor são convidados a participarem da elaboração de um plano de ação para correção da não conformidade.

O NSP foi criado em 2014 e a coleta de dados a partir desse período constatou que, em sua grande maioria, os EAs registrados na UBS estão associados à dispensação e a aplicação de medicamentos. Também foi registrado que o procedimento de identificação do paciente é outra fonte capaz de gerar insegurança na APS, em razão do risco de erro associado à existência de casos de homônimos, ou à seleção equivocada do respectivo prontuário.

Outra fonte de EAs na APS é a condução dos casos clínicos, sobretudo as falhas no uso de protocolos, diretrizes institucionais e evidências clínicas que podem trazer consequências graves ao paciente. Além desses erros, também foram observados erros de arquivamento, preenchimento do prontuário (incorreto ou incompleto), erro no agendamento de consultas, de instruções e dados de registro, erros de coleta de amostras, comunicação e atendimento ao paciente.

O erro ainda está muito associado à culpa, a um ambiente de trabalho punitivo e a uma cultura de pensar que os erros provocados pelo prestador de cuidado em saúde é resultado de descuido, assim, trabalhar nas equipes sobre o erro e a culpa pode ser uma alternativa para modificar e transformar as falhas em oportunidade de discutir e desenvolver o pensar crítico sobre as ações de cuidado e as atitudes frente ao próprio erro e ao erro do colega, ou seja, percebê-lo como oportunidade de aprendizado para impedir novos eventos relacionados à mesma causa (PAESE F, DAL SASSO GTM; 2013), por isso, é necessário realizar o monitoramento diário através da supervisão dos setores que mais apresentam eventos adversos, da avaliação semanal das notificações onde os erros são cometidos e de treinamentos periódicos com os funcionários de cada setor.

Além da qualificação profissional, o Plano de Segurança do Paciente tem a garantia de acesso ao serviço e a resolutividade como princípio. Após sua implantação, o número de EA na UBS caiu consideravelmente e acredita-se ser necessário incorporar os pressupostos da segurança do paciente em todos os níveis de atenção à saúde, especialmente nas ações da atenção primária.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. **Forward Programme 2008 – 2009**. 1st ed. Geneva: World Health Organization.
2. KOHN LT, CORRIGNAN JM, DONALDSON MS. **To err is human: building a safer health system**. 2ª ed. Washington: National Academy Press; 1999.
3. PAESE F, DAL SASSO GTM; 2013 PAESE F, DAL SASSO GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**. 2013; 22(2): 302-10. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 302-10.