

Diagnóstico situacional das práticas de segurança em um hospital: um estudo descritivo

Situational diagnosis of safety practice in a hospital: a descriptive study

Diagnóstico situacional de las prácticas de seguridad en un hospital: un estudio descriptivo

Recebido: 19/04/2022 | Revisado: 02/05/2022 | Aceito: 14/05/2022 | Publicado: 19/05/2022

Fernanda Rego Pereira dos Santos da Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5637-6988>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: fernandarps@uol.com.br

Cristiane de Oliveira Novaes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5272-3759>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: novaes.criatiane@gmail.com

Resumo

Este estudo objetiva descrever as práticas de segurança em um hospital após a implantação da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente. Estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo e documental, realizado a partir de dados do acervo dessa comissão, referentes aos anos de 2020 e 2021, tendo sido avaliados oito setores de internação do hospital. Os resultados mostraram que, em relação à identificação do paciente, não havia um protocolo seguro nem uso de pulseiras brancas para identificação dos pacientes, já a localização de leitos com nome completo apresentou adesão de 100% em 2021. Para a prevenção de risco de quedas, o hospital não dispunha de protocolo, mas constatou-se melhora na adesão ao aprazamento de medicações que causam sonolência no período noturno e na manutenção de ambiente seguro. Na prevenção de lesão por pressão, registrou-se ausência de protocolo de segurança instituído; por outro lado, melhoria nas práticas de avaliação de risco desse tipo de lesão na admissão, e disponibilidade de colchões pneumáticos. Quanto à segurança no processo de medicamentos, a pesquisa apontou a inexistência de protocolo estabelecido, porém houve redução de prescrições carbonadas, com adesão de 100% em 2021; uso de impresso para registro de controle de temperatura de geladeira; e controle de medicamentos utilizados na parada cardiorrespiratória por validade e quantidade. Os dados indicaram avanços no processo de segurança do paciente após a implantação da referida comissão, porém apontaram a necessidade de efetivação da cultura organizacional de segurança do paciente para a evolução das metas.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Eventos adversos; Ensino em saúde.

Abstract

This study aims to describe safety practices in a hospital after the implementation of the Patient Safety Center Commission. Descriptive, retrospective, quantitative and documentary study, based on data from the collection of this committee, referring to the years 2020 and 2021, and eight hospitalization sectors of the hospital were evaluated. The results showed that, in relation to the identification of the patient, there was no safe protocol or use of white bracelets to identify the patients, while the location of beds with full name presented 100% support in 2021. For the prevention of risk of falls, the hospital did not have a protocol, but there was an improvement in the treatment of medications that cause drowsiness at night and in the maintenance of a safe environment. In the prevention of pressure injury, there was no established safety protocol; on the other hand, improvement in risk assessment practices of this type of injury on admission, and availability of pneumatic mattresses. Regarding safety in the drug process, the research pointed out the lack of an established protocol, but there was a reduction in carbonated prescriptions, with 100% support in 2021; use of printed for refrigerator temperature control record; and control of medications used in cardiorespiratory arrest by validity and quantity. The data indicated advances in the patient safety process after the implementation of this committee, but pointed out the need to implement the organizational culture of patient safety for the evolution of the goals.

Keywords: Patient safety; Quality indicators in health care; Adverse events; Health teaching.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo describir las prácticas de seguridad en un hospital después de la implementación de la Comisión del Centro de Seguridad del Paciente. Se evaluaron un estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo y documental, realizado a partir de los datos de la recopilación de esta comisión, para los años 2020 y 2021, y ocho sectores de hospitalización del hospital. Los resultados mostraron que, en relación con la identificación del paciente, no había un protocolo seguro ni el uso de pulseras blancas para identificar a los pacientes, mientras que la ubicación de las

camas con nombre completo mostró una adherencia del 100 % en 2021. Para la prevención del riesgo de caídas, el hospital no tenía un protocolo, pero hubo una mejora en la adherencia a la programación de medicamentos que causan somnolencia por la noche y en el mantenimiento de un entorno seguro. En la prevención de lesiones por presión, hubo una ausencia de un protocolo de seguridad establecido; por otro lado, la mejora en las prácticas de evaluación de riesgos de este tipo de lesiones en el momento de la admisión y la disponibilidad de colchones neumáticos. En cuanto a la seguridad en el proceso del medicamento, la investigación señaló la falta de un protocolo establecido, pero hubo una reducción en las recetas carbonatadas, con una adherencia del 100% en 2021; el uso de la forma para registrar el control de la temperatura del refrigerador; y el control de los medicamentos utilizados en el paro cardiorrespiratorio por validez y cantidad. Los datos indicaron avances en el proceso de seguridad del paciente después de la implementación de la mencionada comisión, pero señalaron la necesidad de implementar la cultura organizacional de seguridad del paciente para la evolución de los objetivos.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Indicadores de calidad en la atención sanitaria; Eventos adversos; Enseñanza en salud.

1. Introdução

A necessidade de implantação de práticas de segurança é um tema indispensável na área de Segurança do Paciente, uma vez que essas práticas contribuem para a mitigação de incidentes e eventos adversos, enquanto a não adesão às práticas de segurança baseada em evidências é considerada um fator contribuinte para o incidente de segurança – relacionado ou não à ocorrência de dano. Um estudo de carga global de doenças, realizado a partir de revisão da literatura, revelou que, de 2007 a 2011, houve cerca de 421 milhões de hospitalizações, anualmente, e uma estimativa de pelo menos 43 milhões de eventos adversos relacionados à assistência à saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], 2021).

Vale lembrar que a segurança do paciente é uma dimensão da qualidade em saúde e um indicador de desempenho (Sousa & Mendes, 2014), portanto o estabelecimento de práticas de segurança permite a melhoria da qualidade da assistência no cotidiano hospitalar. A qualidade do cuidado é definida pelo Instituto de Medicina como o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual; sendo os atributos da qualidade: a segurança, a efetividade, o cuidado centrado no paciente, a oportunidade, a eficiência e a equidade (Ministério da Saúde, 2014).

Diante disso, ressalta-se a importância de se assegurar a utilização de boas práticas no ambiente hospitalar, como determina o Plano Estadual de Segurança do Paciente 2021-2025, segundo o qual o local mais frequente de ocorrência dos eventos adversos é a enfermaria; e o tipo mais comum, os cirúrgicos (Anvisa, 2021). A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 2 (Anvisa, 2010), no artigo 19, esclarece, ainda, que os estabelecimentos de saúde devem possuir uma sistemática de monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde, visando à redução e à minimização da ocorrência de eventos adversos, e como destacam Moraes e Aguiar (2020), devem realizar mudanças estruturais, adequando o ambiente e disponibilizando recursos físicos, materiais e humanos para que o cuidado seja seguro, eficaz e sem danos.

Outra resolução relativa à segurança do paciente é a RDC nº 63 (Anvisa, 2011), que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Em seu artigo 8º, estabelece estratégias e ações voltadas para a segurança do paciente, tais como: mecanismos de identificação do paciente; orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemoderivados; mecanismos de prevenção de quedas; mecanismos para prevenção de úlceras por pressão (UPP), dentre outros.

Assim, para a busca da qualidade nas instituições brasileiras, buscou-se a uniformização das estratégias de práticas seguras. Nesse sentido, a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (Ministério da Saúde, 2013), instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, incluindo como um de seus objetivos a promoção e o apoio à implementação de iniciativas com ênfase na segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente, nos serviços de saúde de todo o país.

Desse modo, para o enfrentamento dos problemas de segurança, a Anvisa (2021) afirma que o Plano Integrado incentiva o monitoramento das práticas de segurança dos serviços de saúde, reforçando o uso de protocolos de segurança do paciente, bem

como orienta a adoção de indicadores de monitoramento incluídos nos seguintes protocolos (Ministério da Saúde, 2014):

- Protocolo de Cirurgia Segura;
- Protocolo para Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde;
- Protocolo para Prevenção de Lesão por Pressão (LPP);
- Protocolo de Identificação de Pacientes;
- Protocolo de Quedas;
- Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

Esses protocolos possibilitam a obtenção de um diagnóstico nacional das práticas de segurança do paciente, mediante a avaliação de indicadores de estrutura e processo baseados na RDC n° 36, que institui as ações de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (Anvisa, 2013, 2021), sob o entendimento de cultura de segurança como o 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. A mesma resolução define como boas práticas de funcionamento do serviço de saúde os componentes da garantia que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo descrever as práticas de segurança em um hospital após a implantação da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (CNSP).

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, a partir de dados secundários, tendo como procedimento a pesquisa documental. A pesquisa documental é um procedimento que utiliza métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos (Göttems et al., 2016). O cenário de pesquisa foi um hospital de grande porte, situado no município do Rio de Janeiro – com 257 leitos, composto por setores de internação, Centro de Tratamento Intensivo, Centro Cirúrgico, emergência de grande porte, exames diagnósticos e ambulatório –, cuja CNSP fora implantada no ano de 2019, tendo essa comissão realizado, em janeiro de 2020 e 2021, a avaliação das práticas de segurança do hospital, com base nas “Orientações para preenchimento da autoavaliação das práticas de segurança do paciente de 2019”, da Anvisa (2019). Salienta-se que esse guia tem como objetivo auxiliar os serviços de saúde que possuem leitos de Unidade de Terapia Intensiva a preencherem de forma adequada a autoavaliação de suas práticas de segurança.

Os dados foram coletados do acervo da CNSP, pelos pesquisadores, em junho de 2021, em dois dias consecutivos.

A amostra compreendeu os oito setores avaliados pela comissão, os quais têm os seguintes números de leitos: ortopedia (31), pediatria (17), clínica médica (25), emergência (14), Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico e Neonatal (11), cardiologia (26), cirurgia geral (40), maternidade (25). As informações coletadas foram então organizadas em tabelas, com dados referentes à implementação, em 2020 e 2021, das práticas de segurança elaboradas pela CNSP, com posterior análise descritiva.

3. Resultados e Discussão

Para a discussão dos dados, estes foram categorizados de acordo com quatro das seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, a saber: Identificação de Paciente; Prevenção de Quedas, Prevenção de LPP, Segurança no Processo de Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

3.1 Categoria 1: Identificação segura de pacientes

A identificação segura do paciente refere-se à Meta 1 das Metas Internacionais de Segurança do Paciente. É a fase

primária da redução de riscos. É preciso entender que acidentes ocorrem como consequência de erros ativos, que são erros ou violações geralmente associados às atividades operacionais, e de erros latentes, que são aqueles intrínsecos às organizações (Fonseca et al., 2014). A não adesão à identificação segura acarreta diversos riscos, além de causar risco à segurança do paciente.

No que concerne ao processo de gestão de riscos baseado na implantação de práticas de segurança do paciente, pretende induzir o aumento gradual da conformidade dos serviços de saúde em relação às exigências de estrutura e processo da RDC nº 36 (Anvisa, 2013, 2019). Sousa e Mendes (2014) mencionam que o processo de avaliação da conformidade da organização com os padrões de acreditação é feito pela análise de documentos e visitas às unidades assistenciais para coleta/recolha das evidências. Essa prática envolve inúmeras vertentes com características específicas que, em conjunto, permeiam as práticas seguras. A Tabela 1 exibe os itens avaliados quanto à implementação de boas práticas nos oito setores que faziam parte do acervo documental da CNSP.

Tabela 1: Identificação segura do paciente.

Boas Práticas	2020		2021	
	<i>N</i>	<i>Fr%</i>	<i>N</i>	<i>Fr%</i>
Identificação de leitos com nome completo, número de prontuário e data de nascimento	05	62,5	08	100
Presença de pulseira branca preenchida e fixada no punho do paciente	00	00	00	00
Evoluções multiprofissionais com nome completo e número de prontuário	05	62,5	05	62,5
Presença de protocolo de identificação do paciente, disponível no setor	00	00	00	00

Fonte: Autores (2021).

Observa-se que em 2020, após a implementação da CNSP nos setores analisados, as práticas de segurança tinham baixa adesão, sendo que algumas práticas eram realizadas de forma empírica com vistas à qualidade de assistência. Destaca-se que 62,5%, dos setores analisados identificavam os leitos com nome completo, número de prontuário e data de nascimento, seguindo-se a realização de evoluções multiprofissionais com nome completo e número de prontuário.

Ao comparar a avaliação dessa prática de segurança, de 2020 para 2021 houve um aumento no percentual de identificação de leitos, com aderência de 100% dos setores avaliados, porém os outros indicadores mantiveram-se estacionados. A ficha de identificação apresentou uma melhor adesão, por ser um método mais barato e de responsabilidade da equipe de enfermagem, contudo as práticas que requerem uma cultura de segurança entre a equipe assistencial tiveram produtividade nula, como a utilização de pulseiras brancas de identificação, e foi constatada, também, a ausência de protocolo de identificação segura do paciente.

Vale ressaltar que as falhas na identificação do paciente podem ocorrer em praticamente todas as fases de diagnóstico e tratamento do paciente e em diferentes setores da área da saúde, sendo a principal causa raiz de diversos eventos adversos (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2022). Para Siman et al. (2017), para que aconteça um evento adverso são necessárias várias falhas, tais como estruturais, práticas inadequadas dos profissionais, desencadeadas por múltiplos fatores. Esses fatores, reunidos, podem não encontrar barreiras e ocasionar um incidente. Por esse motivo, além da padronização por protocolos e descrição de metodologias, deve-se instituir a avaliação da qualidade dos serviços, considerando aspectos de estrutura, dos processos, bem como mensurar, acompanhar e divulgar os resultados, minimizando os riscos advindos da identificação incorreta dos usuários (Laurindo et al., 2016).

Assim, os protocolos visam a direcionar a execução de uma tarefa, e devem contar com ampla divulgação e treinamento. São uma descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre

o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação de saúde (Anvisa, 2019).

Segundo a Anvisa (2019), o protocolo de identificação do paciente deve conter orientações que assegurem que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina, e ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos. Deve-se, ainda, identificar todos os pacientes no ato de sua admissão no serviço por meio da pulseira. Nessa perspectiva, o cenário estudado torna-se desafiador, pois reflete lacunas nas práticas básicas, permeando todo o cuidado prestado ao paciente.

A identificação do paciente é abrangente e de responsabilidade multidisciplinar, porquanto envolve aspectos de estrutura, desenho de processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação do usuário (Tres et al., 2016). Por isso, a fim de se alcançar o objetivo da identificação segura, é fundamental a adesão da gestão e a implementação da cultura de segurança do paciente, o que repercutirá no comportamento dos membros de uma organização, serviço, departamento ou equipe, em especial no tocante aos valores e às crenças por eles partilhados (Sousa & Mendes, 2014).

Neste estudo, os dados demonstraram a fragilidade da instituição na identificação correta dos pacientes, fazendo-se necessária a construção de processos sólidos e específicos. Em contrapartida, mostrou-se favorável a mudanças positivas com a implementação de práticas de melhoria.

3.2 Categoria 2: Prevenção de quedas

A Organização Mundial da Saúde define as quedas como eventos caracterizados pela descida abrupta do corpo para um nível inferior, como solo ou pavimento, podendo ser classificadas como (Sousa & Mendes, 2014):

- Quedas acidentais ou fisiológicas: associadas a perigos ambientais, como urina ou água derramada no chão, constituindo cerca de 14% do total de quedas;
- Quedas fisiologicamente previsíveis: correspondem aos indivíduos com elevada predisposição para queda (alto risco), devido às suas inúmeras alterações fisiológicas. Esse tipo de queda é responsável por 78% do total de quedas;
- Quedas fisiologicamente imprevisíveis: podem ser atribuídas às causas fisiológicas, no entanto acontecem sob condições que não permitem a sua previsibilidade, até a primeira ocorrência.

A Tabela 2 lista boas práticas que devem ser estabelecidas para se evitar o risco de queda e sua relação com os dados compilados pela CNSP.

Tabela 2: Risco de queda.

Boas Práticas	2020		2021	
	N	Fr%	N	Fr%
Os acompanhantes e o paciente são orientados quanto à prevenção de quedas	05	62,5	05	62,5
Medicamentos que causam sonolência são apazados para o horário noturno	07	87,5	08	100
As rotinas dos profissionais da limpeza incluem sinalização de risco de queda	08	100	08	100
No setor, está afixada a Escala de Morse em local acessível para os profissionais	00	00	02	25
O ambiente é seguro para o paciente	02	25	04	50
Existe protocolo de prevenção de quedas de pacientes disponível no setor	00	00	00	00

Fonte: Autores (2021).

De acordo com os dados da Tabela 2, em 2020, a adesão às práticas de segurança, eram de 62,5%. No que diz respeito à orientação a acompanhantes e pacientes sobre o risco de queda, é importante ressaltar que essas orientações eram realizadas de

forma empírica e sem confirmação por escrito assinada pelos usuários, uma vez que a instituição não possuía um processo de prevenção de quedas estabelecido. Quanto ao aprazamento de medicamentos que causam sonolência para horário noturno, em 2020, a adesão era de 87,5% e em 2021 evoluiu para 100%. As rotinas de indicação de sinalização no momento de limpeza mantiveram o percentil de 100% nos dois anos estudados. Outro dado que chamou atenção relacionou-se à escala de Morse, em 2020, a qual não estava afixada em nenhum setor em 2020 e continuou com uma baixa adesão, de apenas 25%, nos setores avaliados.

No que concerne à segurança do ambiente, no que se refere a barras de segurança e pisos antiderrapantes, em 2020 apenas 25% apresentavam essas características. Em 2021, 50% dos setores possuíam barras de segurança, cama com grades e mobiliários voltados para a redução de risco de queda, porém não foi identificada a existência de protocolo de prevenção de quedas.

Esses resultados apontam que é urgente a elaboração de protocolos, a realização de treinamentos e de um trabalho em larga escala para difundir a cultura de segurança na instituição para melhorar a qualidade da assistência. Também evidenciou-se a necessidade de entendimento da tríade de Donabedian – formada pelos componentes: estrutura, processo e resultado –, na qual a estrutura corresponde aos atributos dos setores em que os cuidados são prestados, o que inclui recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; o processo equivale ao conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados; e o resultado representa o efeito do cuidado (Sousa & Mendes, 2014). Sob esse prisma, a baixa adesão às práticas seguras relativas à prevenção de quedas tem origem em falhas durante o processo de avaliação e adequação às necessidades previstas, levando a um distanciamento entre o real e o ideal.

3.3 Categoria 3: Prevenção de lesão por pressão

Nesta categoria foram elencadas as boas práticas para a prevenção de LPP. A existência de boas práticas indica uma estrutura organizacional básica para aumentar a adesão a essa prática de segurança. Por definição, UPP é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causada por fricção (Anvisa, 2021). A Tabela 3 explora a adesão às boas práticas nessa vertente.

Tabela 3: Prevenção de lesão por pressão.

Boas Práticas	2020		2021	
	N	Fr%	N	Fr%
Existe protocolo de prevenção da ocorrência de LPP disponível no setor	00	00	00	00
Existe avaliação de risco de LPP na admissão e durante a internação (uso da escala de Braden)	00	00	02	25
Para todo paciente com risco de LPP, há disponibilidade de colchão pneumático ou colchão piramidal	03	37,5	04	50
Há disponível dispositivos de posicionamento e de alívio de pressão em proeminências	00	00	00	00

LPP – Lesão por Pressão. Fonte: Autores (2021).

Novamente, nenhum protocolo de segurança do paciente foi instituído para a prevenção de LPP, o que denota uma falha na aplicação do processo na prática, levando a uma fragilidade no gerenciamento desse risco.

Houve uma adesão de 25% na avaliação do risco de LPP na admissão, com o uso das escalas de Braden e Braden Q, que caracterizam o paciente sem risco, risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver UPP (Anvisa, 2013). A Escala de Braden tem por finalidade identificar as pessoas vulneráveis para o desenvolvimento da LPP, e é composta por seis subescalas que refletem a percepção sensorial, a umidade da pele, o estado nutricional, o grau de atividade e mobilidade, e a exposição à fricção e cisalhamento. A somatória dos escores resulta em valores entre 6 e 23, e quanto menor a pontuação, maior o risco para

ocorrer o evento (Soares & Heidemann, 2018).

A disponibilidade de colchão pneumático no hospital aumentou 50%, porém o uso associado de dispositivos para alívio de proeminências continuou frágil em virtude da falta desses materiais no hospital. Destaca-se que a avaliação desse risco deve ser efetuada no momento da admissão, de modo a possibilitar a comparabilidade e a contínua atenção por parte dos profissionais acerca da evolução observada e da necessidade de se manter o plano de cuidados (Sousa & Mendes, 2014).

Um hospital de grande porte, com setores como clínica médica, possui um perfil de pacientes com período extenso de internação. Uma das consequências mais comuns da longa permanência é o aparecimento de alterações de pele. Diante disso, a avaliação na admissão dos pacientes deve apresentar dois componentes: a avaliação do risco de desenvolvimento de UPP e avaliação da pele para detectar a existência de UPP ou lesões de pele já instaladas (Anvisa, 2013). As UPP constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços e instituições de atenção à saúde; para os pacientes, trazem dor e sofrimento e podem contribuir, em associação com outras causas, para a morte (Pereira et al., 2016).

Sousa e Mendes (2014), a estratégia de abordagem às UPP deverá ser multifatorial, pois sua existência e suas complicações geram custos elevados, ou seja, maior gasto hospitalar, devido ao maior tempo de internação do paciente. É notório que as UPP afetam pessoas de todos os grupos etários e resultam em encargos financeiros significativos para os sistemas de saúde (Mascarello, 2021). No hospital estudado, a melhora progressiva das práticas seguras relacionadas a esse indicador demonstrou o comprometimento com a melhoria dos serviços prestados a fim de aprimorar a segurança do paciente, evidenciando o trabalho da comissão pautado no gerenciamento de riscos.

3.4 Categoria 4: Segurança no processo de prescrição, uso e administração de medicamentos

Os erros decorrentes da terapia medicamentosa representam um dos tipos de incidentes mais comuns nas instituições de saúde e são provocados, em grande parte, por falhas nos processos e procedimentos durante o cuidado. São passíveis de ocorrer em todas as etapas da terapia medicamentosa: prescrição, dispensação, preparação, administração e monitoramento, e podem causar danos graves e até a morte do paciente (Santos et al., 2019).

Para Mascarello (2021), estima-se que cada paciente internado está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo as notificações na área de farmacovigilância as mais frequentes, podendo acontecer em diversas fases do processo de utilização de medicamentos. Nesse contexto, as boas práticas a serem implementadas no uso seguro de medicamentos buscam a mitigação de erros e, conseqüentemente, de eventos adversos. No que tange essa vertente, é relevante a junção entre as diversas boas práticas a serem instituídas – as quais estão intimamente ligadas a um compilado de barreiras tecnológicas e humanas –, associadas a uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e farmacêutico, que devem atuar como barreiras para evitar o dano.

A implantação do protocolo para a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos no hospital indica a presença de uma estrutura organizacional básica para a prevenção de erros de medicação, conforme o Protocolo Nacional para Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, publicado em 2013 (Anvisa, 2020). Na Tabela 4, estão descritas as boas práticas instituídas no hospital.

Tabela 4: Segurança no processo de prescrição, uso e administração de medicamentos.

Boas Práticas	2020		2021	
	N	Fr%	N	Fr%
As prescrições são pré-digítadas e impressas	05	62,5	07	87,5
Prescrições carbonadas	06	75	01	12,5
Existe padronização dos itens prescritos – ausência de abreviaturas, nome comercial	03	37,5	03	37,5
Medicamentos com nomes reconhecidamente semelhantes são diferenciados com destaque nas prescrições	00	00	00	00
O local de preparo de medicamentos tem boas condições de luminosidade	02	25	03	37,5
É possível realizar o preparo de medicamentos sem interrupções/distrações	02	25	03	37,5
No posto de Enfermagem, há disponível um guia de diluição	04	50	04	50
Existe geladeira com termômetro disponível no setor para guarda de medicamentos	03	37,5	08	100
Existe impresso de registro da temperatura da geladeira	03	37,5	08	100
Medicamentos de alta vigilância são sinalizados quanto ao alto risco	02	25	02	25
Psicotrópicos são armazenados em local específico e há impresso de controle	07	87,5	07	87,5
Há estoque de sobra de medicamentos disponível no setor	06	75	08	100
Medicamentos utilizados no exame de proteína c-reativa estão dispostos em carrinho e controlados quanto à quantidade e validade	03	37,5	08	100

Fonte: Autores (2021).

No que se refere às prescrições produzidas no hospital, a adesão foi de 62,5% em 2020, progredindo para 87,5% em 2021, assim como o não uso de prescrição carbonadas, que passou de 75% para 12,5%. Não houve alteração no percentual relativo à padronização dos itens prescritos, tendo permanecido em 37,5%, e a diferenciação de medicamentos com nomes semelhantes se manteve nula. Essas melhorias encontradas reforçam a necessidade da construção de barreiras para se reduzirem os riscos no ambiente hospitalar.

No item luminosidade para o preparo de medicamentos, constatou-se discreta melhora de 25% em 2020 para 37,5% em 2021. Quanto ao local para preparo de medicamentos sem interrupções, manteve-se em 25%, bem como a presença de guia de diluição permaneceu em 50% nos dois anos.

Em relação à manutenção de medicamentos termolábeis, houve melhora, com percentual variando de 37,5% em 2020 para 100% em 2021, assim como no item impressos para controle de temperatura interna da geladeira, devido à existência de termômetros para o processo completo de trabalho.

A sinalização de medicamentos de alta vigilância, relativa ao risco e acondicionamento em local próprio, manteve-se em 25% nos anos de 2020 e 2021. Os psicotrópicos (medicamentos sujeitos a controle especial) apresentaram a mesma proporção de 87,5%. Em se tratando do estoque de medicamentos nos setores, houve aumento de 75% em 2020 para 100% em 2021, provavelmente em função da pandemia, com maior demanda de pacientes e de perda de fluxo de dispensação de medicamentos.

O controle de medicamentos utilizados na parada cardiorrespiratória, dispostos em carrinhos e controlados quanto à quantidade e validade, aumentou de 37,5% em 2020 para 100% em 2021. Fonseca et al. (2014) destacam que o armazenamento lógico e organizado das medicações deve ser preconizado, tanto na farmácia como nos carros de emergência das unidades assistenciais, contemplando o controle mensal de validades e lotes. Cabe ressaltar a inexistência de protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos, indicada pela CNSP.

Para Sartor et al. (2016), os erros de medicação são ocorrências graves, acarretando danos físicos e às vezes sociais, além de custos elevados para os sistemas de saúde. Verifica-se que outras questões presentes no processo de trabalho conduzem

a erros, como é o caso da prescrição médica, geralmente manuscrita, sem uniformidade hospitalar e não atendendo aos protocolos recomendados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Rocha & Novaes, 2022).

Observa-se que as mudanças nesta categoria foram expressivas, perante as ações da CNSP, com abordagens ativas, incluindo a aquisição de termômetros, a sensibilização das equipes quanto ao preenchimento de controle de temperatura e ao controle do carro de emergência. Desse modo, o estabelecimento de boas práticas, que dependem da tríade gestão-CNSP-colaborador, e as aquisições tecnológicas, alinhadas a uma equipe preparada e disposta a desenvolver o processo de segurança, resultaram na melhoria de algumas metas e em uma assistência segura.

4. Considerações Finais

Atualmente, a avaliação das práticas de segurança do paciente é uma ferramenta essencial para o conhecimento e a promoção da cultura da segurança, com ênfase na gestão de riscos, no aprimoramento da qualidade e na aplicação de boas práticas em serviços de saúde. A CNSP da instituição, ao iniciar um trabalho de gerenciamento de riscos, interveio em itens geradores de riscos e, como se constatou nos resultados, houve melhoras nas boas práticas, em consonância com a aquisição de recursos tecnológicos para a sua garantia.

Ao mesmo tempo, evidenciou-se que questões que norteiam o desenvolvimento da cultura de segurança ainda se encontram frágeis na instituição, seja pela falta de estímulo, seja pela ocorrência da pandemia que aflorou os perigos latentes devido ao aumento da demanda assistencial e à possibilidade de essas ações se tornarem permanentes. Nesse contexto, o cumprimento das boas práticas requer um esforço de um grupo multiprofissional, além de recursos financeiros, pois o fazer empírico em saúde perpassa o conhecimento das práticas de segurança na assistência diária, em uma linha tênue entre o ideal e o real.

Assim, esta pesquisa busca o reconhecimento da importância da implementação das boas práticas de segurança em todos os eixos de indicadores, a fim de identificar os avanços e apontar caminhos para o planejamento e manejo no campo da Segurança do Paciente.

Sugere-se, para trabalhos futuros, pesquisas voltadas para o conhecimento e a mitigação de riscos em instituições de saúde, com um olhar crítico para as oportunidades de melhoria e a utilização de boas práticas, o que fortalecerá a temática no eixo acadêmico, visando à melhoria da qualidade assistencial.

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (2010). Resolução da Diretoria Colegiada n. 2, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. *Diário Oficial da União*.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (2011). Resolução da Diretoria Colegiada n. 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. *Diário Oficial da União*.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (2013). Resolução da Diretoria Colegiada n. 36, de 25 de julho 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (2019). *Orientações para preenchimento da autoavaliação das práticas de segurança do paciente – 2019*.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (2020). *Relatório da avaliação nacional das práticas de segurança do paciente em serviços de saúde – 2020*. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/relatorio-avaliacao-nacional-das-praticas-de-sp-maio-2021-versao-02-06-21.pdf>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (2021). *Plano integrado para a gestão sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde 2021-2025*. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/plano-integrado-2021-2025-final-para-publicacao-05-03-2021.pdf>
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. (2022). *Segurança do paciente: Guia para a Prática*.
- Fonseca, A. S., Peterlini, F. L., & Costa, D. A. (2014). *Segurança do paciente*. Martinari.

- Göttems, L. B. D., Santos, M. L. G., Carvalho, P. A., & Amorim, F. F. (2016). A study of cases reported as incidents in a public hospital from 2011 to 2014. *Rev. Esc. Enferm. USP (Online)*, 50(5), 861–867. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000600021>
- Laurindo, M. C., Menezes, M. S., Souza, D. A., & Nadai, T. R. (2016). A implantação do protocolo de identificação segura como ferramenta de segurança do paciente. *Revista Qualidade HC*, (304), 14–20. <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/139/139.pdf>
- Mascarello, A., Massaroli, A., Pitilin, E. B., Araújo, J. S., Rodrigues, M. A., & Souza, J. B. (2021). Incidentes e eventos adversos notificados em âmbito hospitalar. *Rev Rene (Online)*, 22, e60001. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260001>
- Ministério da Saúde. (2013). Portaria n. 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*.
- Ministério da Saúde. (2014). *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
- Moraes, C. C. M. S., & Aguiar, R. S. (2020). A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente. *Nursing (São Paulo)*, 23(271), 5025–5040. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5025-5040>
- Pereira, M. O., Ludvich, S. C., & Omizzolo, J. A. E. (2016). Segurança do paciente: Prevenção de úlcera por pressão em unidade de terapia intensiva. *Revista Inova Saúde*, 5(2), 29–44. <http://dx.doi.org/10.18616/is.v5i2.3009>
- Rocha, F. R. P. S., & Novaes, C. O. (2022). Abordagens para notificação de incidentes e eventos adversos em hospitais de grande porte: Revisão integrativa. *Res., Soc. Dev.*, 11(4), e48511427423. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/27423/24121/322032>
- Santos, P. R. A., Rocha, F. L. R. S., & Cintra, C. S. J. (2019). Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Rev. gaúcha enferm. (Online)*, 40(spe), e20180347. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
- Sartor, G. D., Silva, B. F., & Masiero, A. V. (2016). Segurança do paciente em hospitais de grande porte: Panorama e desafios. *Cogit. Enferm. (Online)*, 21(5), 1–8. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.45644>
- Siman, A. G., Cunha, S. G. S., & Brito, M. J. M. (2017). A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Rev. Esc. Enferm. USP (Online)*, 51, e03243. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
- Soares, C. F., & Heidemann, I. T. S. B. (2018). Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: Expectativas do enfermeiro da atenção primária. *Texto & contexto enferm. (Online)*, 27(2), e1630016. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180001630016>
- Sousa, P., & Mendes, W. (2014). *Segurança do paciente: Criando organizações de saúde seguras*. Editora Fiocruz.
- Tres, D. P., Oliveira, J. L. C., Vituri, D. W., Alves, S. R., Rigo, D. F. H., & Nicola, A. L. (2016). Qualidade da assistência e segurança do paciente: Avaliação por indicadores. *Cogit. Enferm. (Online)*, 21(5), 1–8. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.44938>