

Implantação de um Comitê de Segurança de Paciente em um Hospital Oncológico no Rio de Janeiro - Relato Experiência

Implementation a Committee Patient Safety at a Hospital Oncology in Rio de Janeiro - Experience Report

Simone de Amorim Carrera¹
Valdete Oliveira Santos²
Beatriz Gerbassi Costa Aguiar³

- 1- Enfermeira Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Oncologia pela SBEO e em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Gama Filho. Chefe do Serviço de Enfermagem Hospitalar do Hospital do Câncer I-INCA.
- 2- Enfermeira Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ. Especialista em Administração Hospitalar e em Enfermagem do Trabalho pela Sociedade São Camilo. Chefe de Serviço de Enfermagem em Procedimentos Externos do Hospital do Câncer I-INCA.
- 3- Enfermeira Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ. Professora Associada do Departamento Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Resumo:

Esse estudo tem como objetivo relatar a experiência da implantação de um comitê de gerenciamento de eventos na segurança do paciente em um hospital oncológico da rede federal no Rio de Janeiro em fase de Reacreditação Hospitalar. O comitê foi constituído pela direção da instituição com finalidade de implementar ações educativas para a cultura de segurança. Foi desenvolvido pelo comitê seu regimento interno, impressos de notificação dos eventos adversos, de eventos sentinela, falhas, quedas, análise do risco de queda, o fluxo do recebimento das notificações dos incidentes ocorridos, e a escolha da ferramenta para análise dos incidentes notificados. Foram realizados treinamentos com a equipe multiprofissional, objetivando a inserção dos profissionais na cultura de segurança. Como resultados obtidos, foram recebidas as notificações dos incidentes ocorridos e realizadas as respectivas análises dos incidentes, bem como a formulação de ações de melhorias e medidas efetivas. Foi possível concluir que com a utilização da ferramenta de Análise de Causa Raiz houve prevenção e redução de novos incidentes da mesma natureza.

Palavras Chave: Acreditação; segurança do paciente; análise de causa raiz.

Resume:

This study aims to report the experience of implementing a management committee on patient safety events in a net oncology of federal hospital in Rio de Janeiro undergoing reaccreditation Hospital. The committee was established by the institution management, with the purpose of educational activities in order to implement the safety culture. It was developed by this committee its bylaws, printed notification of adverse events, sentinel events, crashes, falls, fall risk analysis, and flow to carry out the receipt of incidents notifications occurred in the hospital under study, and the choice of tool for analysis of reported incidents. Trainings together with a multidisciplinary team were conducted with the aim at the integration of these professionals in the safety culture process. The results was the receipt of notifications of incidents, with the completion of the analysis of incidents, formulate measures and actions to improve effectiveness. It was concluded that the use of the tool Root Cause Analysis was prevention and reduction of further incidents of a similar nature

Keywords: Accreditation; patient safety, root cause analysis.

Introdução:

Os investimentos na segurança do paciente se voltam para o aprimoramento de programas que tem como meta a criação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, com vistas à prevenção de qualquer tipo de incidente, procurando inserir uma consciência coletiva de prevenção, utilizando uma abordagem pró-ativa, não punitiva e de incentivo as notificações espontâneas e anônimas dos incidentes ocorridos (CLARO, 2011).

No ambiente hospitalar a segurança do paciente tem gerado diversas discussões e interpretações. Para a Organização mundial de Saúde (OMS), é considerada como a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, ou seja, é a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e o uso de melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados para o paciente.

A segurança do paciente segundo Runciman(2009), é a “*redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde*”, considerada como um dos pilares do processo voltado à qualidade na assistência ao paciente.

Em janeiro de 2011 foram implementadas no cenário deste relato, as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente (IPSG), que tencionam soluções no propósito de promover melhorias específicas nos processos assistenciais; estas foram incorporadas pela Joint Commission International, que atua no Brasil em parceria com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) de Sistemas e Serviços de Saúde (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – CBA, 2012).

Em atendimento a esta demanda, no hospital em estudo, foi instituído um Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente, com a finalidade de promover ações educativas e instituir uma cultura de segurança na unidade hospitalar. Para sua implementação, reconhecimento e notificação de incidentes ocorridos, foi necessária a criação dos fluxos de notificação. Foram também desenvolvidos materiais didáticos para a promoção de treinamento da equipe multiprofissional.

O conceito de incidentes adotado pelo Comitê é o de Runciman (2009): “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário *ao paciente*”. Os incidentes notificados a este comitê são analisados do porque, como e quando ocorreram, através de ferramentas de análises de processos que possibilitam a descoberta dos fatores ocasionais dos incidentes, possibilitando ações de melhorias.

Este estudo tem como objetivo relatar a experiência sobre a implantação de um comitê de segurança do paciente em um hospital oncológico da rede federal no Rio de Janeiro, em fase de Reacreditação Hospitalar.

Metodologia:

Trata-se de um relato de experiência, tendo como cenário uma Instituição Pública Federal Oncológica, do município do Rio de Janeiro, que é referência no diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil. A Instituição é certificada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)/ Joint Comition International (JCI).

O hospital em estudo é de médio porte, especializado no tratamento de câncer, possui 121 leitos de internação adulto, 30 leitos de internação pediátrica, 10 leitos de Terapia Intensiva Adulto e seis Pediátricos, nove leitos na Unidade de Pós Operatório, seis leitos de Pronto

Atendimento Interno adulto e três leitos no Pronto Atendimento Pediátrico, 10 leitos de Recuperação Pós-Anestésica, seis leitos para tratamento por iodoterapia e 10 salas cirúrgicas.

A Direção para atender aos padrões da Acreditação hospitalar referente às Metas Internacionais de Segurança do Paciente instituiu o Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente (CGESP) em 2009, através de portaria da direção da Unidade 1 da instituição durante o processo educativo para a certificação, formado por uma equipe multiprofissional com vistas à implementação da cultura de segurança do paciente.

Para compor o comitê foram nomeados cinco enfermeiros (uma das enfermeiras é gerente de risco), um nutricionista, uma farmacêutica e três médicos. O comitê confeccionou seu regimento interno, onde traçou seus objetivos, competências, composição, mandato, atribuições, organização e funcionamento, em reuniões semanais. Foi realizado o treinamento da equipe multidisciplinar que ocorreu no período de setembro de 2009 à janeiro de 2010, para multiplicar o conhecimento sobre a temática segurança do paciente.

Foram formulados impressos de notificação de eventos adversos, eventos sentinela, falhas, quedas, e análise do risco de queda. Criou-se o fluxo para a realização do recebimento das notificações encaminhadas e a ferramenta de análise dos incidentes. Foi necessária a capacitação da equipe multiprofissional em parceria com a educação continuada da Divisão de Enfermagem, sobre os conceitos de incidentes e o fluxo de notificação e implementação dos registros.

Todas as notificações dos incidentes ocorridos são centralizadas no comitê. Para as notificações de falhas e eventos adversos o comitê realiza orientações aos profissionais para análise deste tipo de incidente e auxilia nas sugestões de ações de melhorias a serem implementadas.

Para as notificações dos eventos sentinelas o comitê analisa o incidente aplicando Root Cause Analysis (RCA), também conhecida como Análise de Causa Raiz, sendo considerada como uma ferramenta reativa. Seu uso se dá após a ocorrência de um incidente e tem como finalidade, a identificação das fases do processo que não foram seguidas conforme normas estabelecidas, ou pela falta desta, para que sejam propostas medidas que venham a favorecer a melhoria da qualidade do serviço prestado, evitando que novos incidentes relacionados ao processo ocorram a outros pacientes (FELDMAN,2008).

Análise de Causa Raiz:

Segundo Runciman (2009), a RCA “é um processo sistemático interativo em que os fatores que contribuíram para um incidente, são identificados pela reconstrução da sequência de eventos e pelo constante questionamento do por que, até que as causas raízes subjacentes sejam elucidadas”.

Este método de análise inclui algumas técnicas para elaborar a cadeia causal partindo de um evento final indesejado, a fim de encontrar a causa raiz. Importante ressaltar que a análise de causa raiz, concentra-se em processos e não em indivíduos, caracterizando assim, uma cultura de não culpabilidade do profissional. A análise tem natureza interdisciplinar, onde são incluídos profissionais que detêm conhecimento sobre os processos relacionados ao incidente.

Aplicando a ferramenta RCA na análise dos eventos sentinela, o comitê realiza reuniões com os seus próprios membros e com a chefia e profissionais do setor onde houve a ocorrência notificada, para identificar o que aconteceu, como aconteceu, por que aconteceu, com a identificação da definição do problema e a coleta de dados relacionados aos fatores humanos, ambientais, externos, internos que favoreceram a ocorrência do evento sentinela.

Após a realização da RCA e a descoberta das possíveis causas raízes que favoreceram a ocorrência do incidente, são sugeridas ações de melhorias como recomendações para serem desenvolvidas.

Resultados:

Após a implementação do Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente e a realização dos treinamentos, houve o início do recebimento das notificações de quedas, eventos adversos, falhas e eventos sentinela. Entretanto, foi observado que as notificações dos incidentes ocorridos ainda são incipientes.

A realização do treinamento da equipe multidisciplinar sobre a temática, teve como objetivo a inserção destes profissionais no processo da cultura de segurança, implementando em sua prática assistencial as notificações dos incidentes ocorridos, com objetivo da prevenção e redução de novos incidentes da mesma natureza, após a realização da análise dos fatores contribuintes e implementações de melhorias nos processos de trabalho.

O estudo mostra que com a criação do Comitê de Segurança do paciente na instituição, foi possível estar em conformidade com os padrões das Metas Internacionais de Segurança ao Paciente da Organização Mundial de Saúde, e que a implementação da cultura de segurança, possibilitou reflexões sobre os processos de trabalho no qual estão envolvidos profissionais de saúde, visando à melhoria nos processos, favorecendo a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Após a aplicação pelo comitê da ferramenta de análise de causa raiz, dos eventos sentinela notificados, foi possível identificar fragilidades nos processos que favoreceram a ocorrência de incidentes e sensibilizar a equipe de saúde de que esta análise dos processos de trabalho é fundamental na promoção da segurança do paciente.

Conclusão:

A implementação do Comitê de Gerenciamento de Eventos na Segurança do Paciente possibilitou estar em concordância com a literatura mundial e com os padrões das Metas Internacionais de Segurança ao Paciente da Organização Mundial de Saúde, permitindo a realização da capacitação e sensibilização do profissional, para que os processos de trabalho no qual estejam envolvidos e que possibilitaram a ocorrência do incidente, sejam avaliados após o encaminhamento destas notificações.

Neste sentido, é possível perceber que a aplicação da ferramenta de análise de causa raiz nos casos relacionados às notificações dos eventos sentinela, facilitou o reconhecimento dos pontos frágeis dos processos que favoreceram a ocorrência do incidente. As ações de melhorias que surgiram, possibilitaram a redução de novas ocorrências de incidentes da mesma natureza, proporcionando uma assistência mais segura ao paciente assistido na unidade em estudo.

Desta forma é possível acreditar que quando os indivíduos e a organização estão interessados no avanço da segurança e qualidade hospitalar, implementam formas de avaliação dos incidentes ocorridos em suas instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO – CBA Acreditação conjunto com a Joint Commission International. Disponível em <http://www.cbacred.org.br/site/historico>

07 maio 2012

CLARO C M, KROCOCKZ DVC, TOFFOLLETO MC, PADILHA KG. Eventos adversos em terapia intensiva: Percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. Revista Escola de Enfermagem USP; v.45, n.1, p.16772, 2011. Disponível em <[Http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/8/body/05.htm](http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/8/body/05.htm)> Acesso em 07/julho de 2011.

FELDMAN, LB . Gestão de Risco e Segurança Hospitalar. São Paulo: Martinari, 2008.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ªed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2008.

JOINT COMMISSION ON ACREDITATION, Padrões de Acreditação da JCI para hospitais, CBASSS 4ª ed. Rio de Janeiro, 2010.

RUNCIMAN W, HIBBERT P, THOMSON R, VAN DER SCHAAF T, SHERMAN H, LEWALLE P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. v. 21, n.1, p.18-26. Fev. 2009.

Recebido em 20/03/2013
Versão final reapresentada em 26/04/2013
Aprovado em 29/08/2013