

Implantação de um programa de segurança do paciente em uma unidade ambulatorial especializada em filariose linfática

Implementation of a patient safety program in an ambulatory unit specialized in lymphatic filariasis

Eduardo Brandão¹
Paula Oliveira²
Paula Fernanda Alcântara de Souza Melo³
Patrícia dos Santos Silva⁴
Najara Felisberto⁵
Josué Araújo⁶
Maria Rosângela Grilis⁷
Maria José Teixeira dos Santos⁸
Paulo Sérgio Ramos de Araújo⁹
Ana Maria Aguiar dos Santos¹⁰
Zulma Medeiros¹¹
Abraham Rocha¹²

¹Farmacêutico pela Universidade Federal de Alagoas. Mestre e Doutor em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco. Pesquisador, Gerente da Qualidade e Coordenador do Laboratório do Serviço de Referência Nacional em Filarioses, Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Brasil. E-mail: brandaoe@cpqam.fiocruz.br.

²Bióloga pela Universidade Federal Rural de Pernambuco. Especialista em Biologia Molecular pela Universidade de Pernambuco. Mestre em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz. Doutoranda em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco. Coordenadora do Programa de Filariose no Município de Olinda. Brasil. E-mail: paula.oliveira@cpqam.fiocruz.br.

³Bióloga pela Universidade de Pernambuco. Especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Mestre em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz. Doutoranda em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco. Tecnologista do Serviço de Referência Nacional em Filarioses, Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Brasil. E-mail: pfalcantara@cpqam.fiocruz.br.

⁴Psicóloga Clínica pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda. Especialista em Psicologia pela Faculdade Frassinetti do Recife. Coordenadora da Qualidade do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Brasil. E-mail: patriciass@cpqam.fiocruz.br.

⁵Relações Públicas pela Universidade Federal de Alagoas. Assistente da Qualidade do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fiocruz. Brasil. E-mail: najara.silva@cpqam.fiocruz.br.

⁶Técnico em Enfermagem pelo Colégio de Saúde de Pernambuco. Técnico de laboratório do Serviço de Referência Nacional em Filarioses, Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fiocruz. Brasil. E-mail: josue@cpqam.fiocruz.br.

⁷Psicóloga pela Faculdade de Ciências Humanas de Olinda, Especialista em Saúde Mental pela Universidade Católica de Pernambuco. Técnica de laboratório do Serviço de Referência Nacional em Filarioses, Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. E-mail: rosangela@cpqam.fiocruz.br.

⁸Técnica em Enfermagem pelo Colégio Flama. Técnica em Saúde Pública do Serviço de Referência Nacional em Filariose, Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. E-mail: zezetm@cpqam.fiocruz.br.

⁹Médico pela Universidade de Pernambuco. Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB e em Infectologia pela SBI. Mestre e Doutor em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco. Coordenador do Programa de Residência Médica e Chefe do Serviço de DIP do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Médico Infectologista e Pesquisador do Serviço de Referência Nacional em Filariose, Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Brasil. E-mail: psergio@cpqam.fiocruz.br.

¹⁰Médica pela Universidade Federal do Ceará. Mestra em Pediatria e Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco. Médica Pediatra, Pesquisadora e Coordenadora Clínica do Serviço de Referência Nacional em Filariose, Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. E-mail: amas@cpqam.fiocruz.br.

¹¹Biomédica pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Biologia Celular e Molecular pela Fundação Oswaldo Cruz. Coordenador da Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Pesquisadora do Laboratório de Doenças Transmissíveis e Coordenadora Epidemiológica do Serviço de Referência Nacional em Filariose, Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. E-mail: medeiros@cpqam.fiocruz.br.

¹²Biomédico pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestre e Doutor em Biologia Celular e Molecular pela Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisador e Coordenador do Serviço de Referência Nacional em Filariose, Departamento de Parasitologia, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. E-mail: rocha@cpqam.fiocruz.br.

RESUMO

A segurança do paciente no âmbito hospitalar vem sendo amplamente discutida em todo mundo. No entanto, ainda são escassos relatos que abordem essa preocupação em unidades de saúde de caráter ambulatorial. Diante disto, o objetivo do presente artigo é descrever o processo de implantação de um programa de segurança do paciente na unidade ambulatorial do Serviço de Referência Nacional em Filariose. Para isso foi realizado um estudo transversal descritivo, observacional, utilizando o método *Tracer* para coleta dos dados, sendo esses captados em dois momentos, pré e pós acreditação. Ações de melhoria foram produzidas a partir da utilização de ferramentas da qualidade e desenvolvimento de reunião de análises críticas para consolidação dos resultados. Os resultados obtidos demonstraram que dos 10 elementos de mensuração aplicáveis relacionados as metas internacionais de segurança, 4 foram considerados não conforme na avaliação inicial realizada em 2010. No entanto, em 2011, pós acreditação, todos foram conformes. Com relação ao padrão de controle de infecção e segurança do paciente, em 2010 apenas 48% dos elementos de mensuração haviam sido considerados conforme, porém, em 2011 o percentual de conformidade observado foi de 94%. Com

isso, concluímos que a implantação efetiva de um programa de segurança do paciente necessita não apenas de mudanças estruturais e de processos, mas principalmente culturais com a incorporação de novos conceitos de redução de risco pela equipe de cuidados.

Palavras-Chave: Segurança do Paciente. Unidade Ambulatorial. Filariose linfática.

ABSTRACT

The Patient Safety in hospitals has been widely discussed in everyone. However, there are few reports that address this concern in ambulatory health facilities. Hence, the aim of this paper is to describe the implementation process of a patient safety program in the outpatient unit of the National Reference Center for filariasis. For this was a descriptive, observational cross-sectional study using the Tracer method for data collection, and those raised in two stages, before and after accreditation. The improvement actions were produced from the use of quality tools and development together critical analyzes to consolidate the results. The results obtained showed that of 10 measuring elements for Related to International Security Goals 4 were considered not conforming in the initial assessment carried out in 2010. However, in 2011, post accreditation all were conforming. Regarding the Infection Control Standard and Patient Safety in 2010 only 48% of the measurement elements were considered conforming, however, in 2011 the observed compliance percentage was 94%. Thus, we conclude that the implementation of a patient safety program should not only structural changes and processes, but primarily cultural with the incorporation of new risk reduction concepts for the care team.

Keywords: Patient Safety. Ambulatory Unit. Lymphatic filariasis.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas têm-se observado uma mobilização importante em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações de saúde (SILVA; MARTELLI; FALK, 2014). Esse processo vem ao longo do tempo se aprimorando e incorporando novas variáveis e iniciativas consideradas indispensáveis para garantir a eficácia dos serviços. Recentemente, a ANVISA publicou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N° 36 de 25 de julho de 2013, a qual institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2013).

A segurança do paciente vem sendo amplamente discutida em todo mundo em decorrência dos danos derivados dos processos da assistência prestada ou da estrutura da unidade de saúde (CARRERA; AGUIAR, 2014).

De acordo com Runciman et al (2009), a segurança do paciente necessita ser entendida como a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde e deve ser considerada um dos pilares do processo de qualidade na assistência ao paciente.

De acordo com o Manual de Cuidados Ambulatoriais proposto pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação e pela *Joint Commission International* (CBA/JCI, 2010) dois padrões apresentam relação direta com a segurança do paciente: Metas Internacionais de Segurança do Paciente (Identificação correta do paciente; Comunicação efetiva; Segurança dos medicamentos de alta vigilância; Cirurgias em local de intervenção, procedimentos e paciente corretos; Redução do risco de infecção associado ao cuidado; Redução do risco de lesão ao paciente em decorrência de queda) e Controle de Infecção e Segurança do Paciente.

Esses padrões foram discutidos e definidos baseados em um conjunto de experiências anteriores que colocaram em risco a integridade do paciente, como por exemplo, erros de procedimentos produzidos por uma identificação errônea do paciente e aumento do número de infecções nosocomiais produzidas pela falta de um programa efetivo de controle de infecções (CBA/JCI, 2010).

Investimentos na segurança do paciente trazem uma nova abordagem aos programas de qualidade em saúde, que passam a possuir como meta a implementação de uma cultura de segurança do paciente baseada na reestruturação de processos visando reduzir a ocorrência de incidentes que possam causar danos (GUEDES, GUEDES; PITTIONI, 2012; FINATTO, COAN e PARIS, 2013; CARRERA; AGUIAR, 2014).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente compreende, entre outras coisas, os protocolos definidos pela Organização Mundial da Saúde - OMS que estão em vigência em todo o mundo, são eles: cirurgia segura, terapia medicamentosa segura, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão, identificação do paciente e higienização das mãos (ANVISA, 2013; MENDES JÚNIOR, 2014).

Com relação ao controle de infecções em estabelecimentos de saúde, estudos realizados por Turrini e Santo (2002), apontam que os avanços relacionados aos

procedimentos clínicos e o aparecimento de microrganismos multirresistentes aos antimicrobianos usados rotineiramente na prática médica tornaram as infecções nosocomiais um grave problema de saúde pública.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2000) as infecções hospitalares aumentam consideravelmente as taxas de morbi-mortalidade e prolongam a permanência do paciente no hospital em pelo menos 4 dias, ao custo adicional de US\$ 1.800,00.

Em instituições hospitalares os programas de segurança do paciente e o controle de infecções já se encontram bem sedimentados e representam uma realidade dentro dos principais hospitais do país. No entanto, ainda são escassos relatos que abordem essa preocupação em unidades de saúde de caráter ambulatorial.

Diante disto e levando-se em conta a importância do tema dentro do cenário de saúde nacional e internacional o presente estudo tem como objetivo descrever o processo de implantação de um programa de segurança do paciente na unidade ambulatorial do Serviço de Referência Nacional em Filariose-SRNF.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Foi realizado um estudo transversal descritivo, observacional (ROUQUAYROL, 1994). Esse tipo de estudo possibilita a descrição das características, propriedades ou relações existentes no fenômeno investigado, favorecendo a formulação clara do problema e o desenvolvimento de hipóteses para viabilizar soluções. Nessa investigação esse perfil foi descrito mediante a avaliação dos elementos de mensuração - itens relacionados ao desempenho institucional, sendo esses determinados como conforme ou não conforme segundo o *status* que apresentaram no momento da avaliação. Determinou-se como conforme os elementos que atendiam completamente as determinações do manual e não conforme, aqueles que não estavam de acordo com as exigências mínimas estabelecidas.

Local do estudo

O SRNF do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM, unidade da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz em Pernambuco, atende às demandas do Ministério da Saúde - MS desde 1986, prestando atendimento clínico, urológico, ultra-sonográfico e laboratorial aos pacientes oriundos dos diversos serviços de saúde de todos os estados

do Brasil, para a investigação das filaríases. O serviço também promove a formação de recursos humanos e presta consultoria aos serviços de saúde e instituições de ensino em âmbito municipal, estadual e federal.

Em março de 2008 o SRNF foi submetido a auditoria externa de acordo com as exigências da Portaria ministerial de número 70, onde foi habilitado, por meio da portaria de número 97 de 23 outubro de 2008. Em 2011, conquistou o certificado de acreditação do CBA/JCI.

Coleta dos dados

Os dados foram coletados utilizando-se o método *Tracer*, também chamado de método rastreador. A metodologia *tracer* é um processo de auditoria *in loco* que possibilita a obtenção de informações precisas por meio de entrevistas detalhadas e observações minuciosas da rotina dos pacientes.

Essa metodologia segue tendências internacionais e para esse estudo foram utilizados os elementos de mensuração aplicáveis constantes nos padrões de Metas Internacionais de Segurança do Paciente e Controle de Infecção e Segurança do Paciente, propostos pelo Manual de Cuidados Ambulatoriais proposto pelo CBA/JCI (2010).

Também foram avaliados elementos de mensuração, não constates nesses padrões, mas que foram igualmente considerados indispensáveis para a implantação de um programa efetivo de segurança do paciente. Esses elementos se relacionavam à estrutura física e a existência de planos e programas associados a situações emergenciais, que também caracterizavam risco a saúde.

As auditorias para a coleta dos dados foram realizadas pelos auditores do comitê de acreditação CBA/JCI, em 2010, antes da visita de certificação do CBA/JCI e em 2011 após a emissão do relatório produzido pelo processo de acreditação.

Baseado nos resultados dessas avaliações, a unidade de cuidado utilizando ferramentas da qualidade, como por exemplo, PDCA *plan-do-check-act*, elaborou planos de ações com propostas de melhorias, que eram acompanhados sistematicamente e seus avanços, discutidos em reuniões de análises críticas para a avaliação do impacto da ação sobre a melhoria da segurança do paciente.

Análise dos dados

Os dados foram analisados e tabulados no programa Microsoft Excel Versão 2011, onde, foi realizada uma análise descritiva dos dados, sendo os mesmos descritos através das frequências e apresentados sob a forma de tabelas.

Considerações éticas

Esse trabalho não foi submetido à apreciação do comitê de ética por se tratar de uma investigação que não envolveu seres humanos. No entanto, considerando a natureza dos dados, o mesmo foi submetido à análise e aprovação da direção da Instituição, que concordou com a publicação do mesmo.

RESULTADOS

Das seis metas internacionais de segurança do paciente, 3 (50%) se aplicavam ao Serviço, sendo eles: identificação correta dos pacientes, redução do risco de infecção associada aos cuidados e redução do risco de lesões em decorrência de queda. Os resultados demonstraram que dos 10 elementos de mensuração aplicáveis nesse padrão 4 foram considerados não conforme (1. Presença de um processo colaborativo na elaboração de políticas e/ou procedimentos para a redução do risco de infecções associadas ao cuidado; 2. Implementação de um programa efetivo de higienização das mãos; 3. Presença de um processo colaborativo na elaboração de políticas e/ou procedimentos para a redução do risco de lesões em decorrência de quedas; 4. Implantação de medidas de segurança para reduzir o risco de quedas) na avaliação inicial realizada em 2010 (Tabela 1). No entanto, em 2011, pós acreditação, todos foram conformes (Tabela 1).

Tabela 1- Frequência de elementos de mensuração conformes, parcialmente conformes e não conformes nos períodos pré (2010) e pós (2011) certificação do Serviço de Referência Nacional em Filariose.

ANO 2010								
ELEMENTOS DE MENSURAÇÃO								
PADRÕES	Nº NÃO CONFORMES	Nº PARCIALMENTE CONFORMES	Nº CONFORMES	TOTAL	% NÃO CONFORMES	% PARCIALMENTE CONFORMES	% CONFORMES	TOTAL
MISP ¹	4	1	5	10	40%	10%	50%	100%
CISP ²	25	2	25	52	48%	4%	48%	100%
ANO 2011								
ELEMENTOS DE MENSURAÇÃO								
PADRÕES	Nº NÃO CONFORMES	Nº PARCIALMENTE CONFORMES	Nº CONFORMES	TOTAL	% NÃO CONFORMES	% PARCIALMENTE CONFORMES	% CONFORMES	TOTAL
MISP ¹	0	0	10	10	0%	0%	100%	100%
CISP ²	0	3	49	52	0%	6%	94%	100%

Legenda: ¹Metas Internacionais de Segurança do Paciente, ²Controle de Infecção e Segurança do paciente. **Fonte:** Dados da pesquisa.

O padrão de controle de infecção e segurança do paciente, em 2010 apenas 52% dos elementos de mensuração havia sido considerado não conforme ou parcialmente conformes (1. Existência de um programa efetivo de prevenção e controle de infecção; 2. Multidisciplinaridade do escopo do programa; 3. Existência de recursos humanos e técnicos necessários; 4. Implantação do programa em todas as áreas da instituição onde circula o paciente; 5. Educação do corpo profissional em relação ao programa; 6. Existência de um ou mais indivíduos que supervisionem o programa; 7. Qualificação dos indivíduos segundo o nível de risco; 8. Todos os indivíduos cumprem com suas responsabilidades, segundo definição do programa; 9. Existência de um mecanismo para coordenar todo o programa; 10. O mecanismo inclui indivíduos conforme apropriado a unidade de cuidado; 11. A coordenação do programa inclui a comunicação das informações pertinentes; 12. O programa baseia-se em conhecimentos científicos; 13. O programa baseia-se nas leis e regulamentos aplicáveis; 14. A instituição identifica quais os riscos necessitam de políticas e/ou procedimentos; 15. Existe um processo de redução de riscos evidente; 16. Existe um programa continuado de monitoramento; 17. Existe um plano para assegurar que todos os ocupantes estejam protegidos contra fogo, fumaça e outras emergências; 18. O plano inclui todos os itens importantes para garantir a segurança dos pacientes, familiares e prestadores de cuidados; 19. O plano está implementado; 20. A instituição possui política para eliminar o tabaco; 21. Lixo e materiais perigosos são administrados segundo um plano; 22. O plano contempla todos os itens considerados perigosos para uma unidade de saúde; 23. Equipamentos médicos são gerenciados segundo um plano; 24. Os equipamentos médicos são inspecionados regularmente; 25. A instituição identifica áreas com maior risco; 26. Os sistemas de infraestrutura são inspecionados regularmente; 27. Existe um programa de gerenciamento e segurança do ambiente na instituição), porém, em 2011 nenhum elemento foi considerado não conforme e o percentual de parcialmente conforme observado foi de 6% (1. A coordenação do programa inclui a comunicação das informações pertinentes; 2. A instituição possui política para eliminar o tabaco; 3. O plano contempla todos os itens considerados perigosos para uma unidade de saúde) (Tabela 1).

Com relação estrutura física foram avaliadas características como acessibilidade, sinalização, tipos de piso e portas, barras de segurança, mapas de risco, instalações elétricas e hídricas. A auditoria realizada em 2010 evidenciou que a instituição de cuidados não possui plano de gestão ambiental e que as ações realizadas não eram sistemáticas, uma vez que, não existia periodicidade no desenvolvimento das ações e nem permitiam a produção de registros que viabilizassem o desenvolvimento de um plano efetivo de ação de melhorias.

A inspeção das instalações demonstrou que a instituição não possuía mapa de risco, o acesso a unidade não estava em conformidade com as normas vigentes, em algumas áreas da unidade, a ausência de piso antiderrapante e de barras de segurança aumentavam o risco de queda e também foi observada a ausência de portas adequadas em áreas críticas para evacuação da unidade, caso existisse a necessidade.

Não foram observadas evidências que a unidade inspecionava sistematicamente suas instalações elétricas e hídricas nem possuía fontes alternativas de abastecimento de água e eletricidade. Todas essas não conformidades observadas na auditoria inicial foram trabalhadas, sendo produzido um plano de ação com responsáveis e prazos. Em 2011, um ano após a avaliação inicial, nenhum dos os elementos de mensuração relacionados a infra estrutura foram considerados não conformes.

A unidade de cuidado possuía muitas rotinas implementadas. No entanto, não existiam políticas, planos, programas e diretrizes que padronizasse as atividades possibilitando um monitoramento efetivo. A ausência de planos de emergência e de gerenciamento de resíduos, assim como, de equipes capacitadas de socorristas e brigadistas representavam um aumento do risco efetivo e por esse motivo foram considerados elementos não conformes. Esses aspectos foram alvos de muitos esforços pela instituição e toda equipe passando a serem considerados elementos parcialmente conformes ou conformes na auditoria realizada em 2011.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstraram que a unidade de cuidado possuía implementadas ações isoladas de segurança do paciente, porém, essa não se encontravam sistematizadas e pautada nos padrões internacionais propostos pela JCI. Esse fato demandou grandes esforços da instituição no sentido de sensibilizar a equipe

de trabalho e formular um plano de ação com estratégias e metas a serem alcançadas a curto e médio prazo com o objetivo de garantir a certificação internacional.

A segurança do paciente é uma temática emergente que vem sendo discutida nas práticas de cuidado em saúde, as quais podem apresentar circunstâncias que predisõem a eventos adversos. Nos últimos anos, as instituições de saúde vêm se preocupando com a segurança do paciente, pela ocorrência acentuada de falhas nos serviços de saúde.

Eventos adversos são definidos como um resultado indesejado e negativo decorrente do cuidado prestado aos pacientes, não estando atribuído à sua doença de base. A segurança do paciente pode ser definida por iniciativas que possibilitam a prevenção do erro na atenção à saúde, sendo influenciado por ambiente de trabalho, dimensionamento de pessoas, políticas administrativas, questões culturais e coletivas de indivíduo para indivíduo (WHO, 2008).

Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e identificou seis áreas de atuação, entre elas, o desenvolvimento de “Soluções para a Segurança do Paciente”. Neste mesmo ano, a *The Joint Commission*, a mais importante organização de certificação de qualidade em assistência médico-hospitalar, e seu braço internacional, a JCI, foram designadas como o Centro Colaborador da OMS em “Soluções para a Segurança do Paciente”. É papel desse Centro a elaboração e a difusão de soluções que visem à Segurança do Paciente (WACHTER, 2010; ANVISA, 2013).

As seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente são, portanto, soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência¹ (HINRICHSSEN, 2012; WACHTER, 2010; CBA, 2010).

Uma das metas internacionais é a identificação correta do paciente. Nas auditorias realizadas no ambulatório essa meta esteve em conformidade com os padrões exigidos pela JCI, possuindo ao menos duas formas de identificação do paciente.

A unidade adotou como estratégia de identificação, além do nome do paciente, a data de nascimento e nome da mãe. Deve ser um consenso geral que uma identificação correta do paciente é indispensável na prevenção de erros relacionados ao cuidado.

A identificação do paciente é um processo abrangente e de responsabilidade multidisciplinar, uma vez que envolve aspectos de estrutura, desenhos dos processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação do usuário (TASE et al., 2013).

A prevenção e controle de infecções é outra meta importante e representa um desafio para a maioria dos setores de cuidado à saúde. As crescentes taxas crescentes de infecção associadas aos cuidados de saúde são um grande preocupação para pacientes e profissionais de saúde (COSTA JÚNIOR et al., 2011).

No Brasil, sua prevalência de infecções associadas ao cuidado ainda é desconhecida (TURRINI; SANTO, 2002), entretanto, um inquérito nacional realizado pelo Ministério da Saúde revelou que entre as instituições avaliadas, a taxa de infecção hospitalar variou de 13% a 15% (RODRIGUES, 1997; FERNANDES, 2000).

Segundo o manual de cuidados hospitalar propostos pela CBA/JCI (2010), para minimizar os riscos de infecção, a instituição deve possuir um processo colaborativo para construção de políticas e procedimentos, bem como, práticas seguras de assistência, adotando técnicas importantes nesse processo como, por exemplo, lavagem das mãos, uso de equipamentos de proteção individual, quando necessário e adequada higienização de ambientes e materiais médicos.

A unidade apresentou um avanço significativo com relação a essa meta, uma vez que, na auditoria inicial a mesma não possui políticas e procedimentos para reduzir os riscos de infecção. Documentos foram produzidos, rotinas foram criadas e capacitações realizadas.

No entanto, é consenso entre os membros da equipe que o controle de infecção em uma unidade ambulatorio que não realiza procedimentos como cirurgias, introdução de cateteres e nem possui serviço de internação, não é algo fácil de ser monitorado e mensurado, pois são eventos muitos sutis que podem passar despercebido.

Outra meta pactuada pelos programas de segurança do paciente se refere ao risco de lesão ao paciente, decorrente de quedas. A OMS define queda como sendo o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano (JESUS et al., 2014).

Estima-se que quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que de 6% a 44% esses danos são considerados graves, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem evoluir para óbito (BOUSHON et al., 2012).

De acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde, a queda de pacientes em ambiente hospitalar geralmente está associada a fatores tanto individuais como ao ambiente físico. Dentre os fatores ambientais e organizacionais, estão incluídos: pisos desnivelados, altura inadequada de cadeiras e macas/camas e insuficiência e inadequação dos recursos humanos (ANVISA, 2013).

A ausência de políticas e procedimentos que minimizassem o risco de lesões decorrentes de queda na instituição comprometia a efetividade do programa. Após a primeira avaliação, foi criada uma política direcionada a redução de risco relacionados a queda.

A instituição realizou mudanças estruturais e também em seus protocolos de atendimento. Foram adequados pisos, colocando placas antiderrapantes em locais estratégicos, barras de segurança e também foi disponibilizada uma cadeira de rodas para o deslocamento de indivíduos com dificuldades locomotoras a ser usada durante o processo de cuidado na instituição.

Outra estratégia adotada foi a incorporação dos critérios para considerar os pacientes em risco de queda (idosos com mais de 65 anos, uso de psicotrópicos, presença de enfermidades debilitantes ou qual tipo de incapacidade que possa aumentar a probabilidade de queda).

Com relação a estrutura física, muitas mudanças e adaptações foram produzidas. Um delas foi elaboração de um mapa de risco institucional permitindo mapear e rastrear os riscos aos quais pacientes e profissionais estão submetidos dentro da unidade de cuidado.

Também foram instituídas rondas periódicas para inspecionar toda a parte física, incluindo instalações elétricas e hídricas. Essas rondas permitiram gerar relatórios e produzir ações de melhorias para garantir a segurança do paciente durante todas as etapas do processo de cuidado.

Outro importante avanço foi a produção e incorporação de políticas e planos de emergência, bem como de gerenciamento de resíduos. A unidade ambulatorial, seguindo as recomendações e padrões internacionais de segurança do paciente, adquiriu um desfibrilador e também formou sua primeira equipe de socorristas com cerca de 10 pessoas sendo capacitadas no suporte básico de vida.

Rotas de fuga foram traçadas, portas adaptadas para melhorar o fluxo das pessoas em casos emergenciais e também foram realizadas formação do grupo de brigadistas e simulações com o objetivo de verificar a eficácia do processo de cambio cultural e efetividade das capacitações nas novas rotinas.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluiu-se que a implantação efetiva de um programa de segurança do paciente é algo bastante complexo que necessita não apenas de mudanças estruturais e de processos, mas principalmente culturais com a incorporação de novos conceitos de redução de risco.

O envolvimento efetivo de toda equipe de trabalho é indispensável para o alcance das metas e garantia do sucesso.

A implantação do programa de segurança do paciente na unidade de cuidado ambulatorial aumentou sobremaneira a qualidade da assistência prestada aos portadores de filaríose linfática e também viabilizou a certificação internacional conferida pela JCI como o primeiro ambulatório especializado em doenças tropicais a ser acreditado no mundo.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/anvisa_rdc36_25jul2013.pdf. Acesso em: 12 jan. 2015.

BOUSHON, B.; et al. How-to guide: reducing patient injuries from falls. Cambridge, MA: **Institute for Health Care Improvement**, Cambridge, 2012. Disponível em: <<http://www.ihc.org>>. Acesso em: 20 jan 2015.

CBA. Consórcio Brasileiro de Acreditação. JCI. Joint Commission International. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. Rio de Janeiro: CBA; 2010. 288 p.

CARRERA, S. A.; AGUIAR B. G. C. Cultura de segurança do paciente: a percepção do enfermeiro em um hospital oncológico. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v.4, n.7, p.88-103, 2014.

COSTA JÚNIOR, H. et al. Avaliação da segurança do cuidado aos pacientes em hospitais acreditados pela Joint Commission International e pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.117-133, 2011.

FERNANDES, A. T. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. 1ª edição. São Paulo: Atheneu; 2000.

FINATTO, R.; COAN, S.; PARIS, K. Análise de quase-falha no processo de prescrição detectadas pelo farmacêutico clínico. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v.3, n.6, p.55-62, 2013.

GUEDES, M. A. S.; GUEDES, C. C. P.; PITTIONI, R. B. Trabalho do enfermeiro *offshore* e a interface da cultura de segurança. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v.2, n.4, p.60-76, 2012.

HINRICHSEN, S. L. **Qualidade e Segurança do Paciente**. Gestão de Riscos. Ferramentas de Gestão. Rio de Janeiro: Medbook; 2012. 335p.

JESUS, J. B.; et al. Avaliação do ambiente físico e mobiliário quanto ao risco de queda: diagnóstico situacional. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p.85-99, 2014.

MENDES JÚNIOR, W. V. Segurança do paciente: reflexões para a gestão em saúde. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p.100-107, 2014. Entrevista concedida à equipe do CBA, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Infecção Hospitalar, 3p., 2000.

RODRIGUES, E. A. C. Histórico das Infecções Hospitalares. In: Rodrigues EAC. **Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle**. São Paulo: Sarvier; 1997. p. 3-27.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & Saúde. 4a Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Taiwan, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SILVA, A.; MARTELLI, P. J. L.; FALK, J. A. A matriz de risco como instrumento de priorização para a segurança da prática assistencial hospitalar. **Revista Acreditação**, v.4, n.8, p.42-49, 2014.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto alegre, v.34, n.2, p.196-200, 2013.

TURRINI, R. N. T.; SANTO, A. H. Infecção Hospitalar e causas múltiplas de morte. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.78, n.6, p.485-90, 2002.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 171-83.

WHO. World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf> Acesso em: 29 dez 2014.

Recebido em: 07/01/2015.

Aceito em: 31/03/2015.

Publicado em: 30/07/2015.