

SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO: CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA A DISCUSSÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS DA REDE SUS EM SALVADOR.

Lília Pereira Lima¹

Fátima Maria dos Santos Monteiro²

INTRODUÇÃO: As mudanças nas práticas para garantir a segurança do paciente (SP) e evitar a ocorrência das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS), antes conhecidas como infecções hospitalares. São reações adversas do organismo a agentes infecciosos. Os eventos adversos vêm ocorrendo ao longo dos últimos anos. Fatos documentados e divulgados na mídia e redes sociais gerou, a partir de 2002, uma revisão internacional de condutas relacionadas com as práticas assistenciais, capitaneadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), através dos Desafios Globais para segurança do paciente, para orientar ou identificar ações que auxiliem a evitar a ocorrência de danos ao paciente. do Programa Mundial para a Segurança e Monitoramento de Pacientes. Essas práticas têm melhorado continuamente através da aquisição do conhecimento específico sobre o tema e da mudança de dois importantes processos: atitudinal e cultural sejam estes alavancados pelas políticas institucionais ou pelo comportamento dos profissionais. A OMS elencou metas a serem trabalhadas para garantir práticas seguras nos estabelecimentos assistenciais de saúde, a Cirurgia Segura é uma destas. Gawande², afirma que metade dos erros ocorridos em centros cirúrgicos (C.C.) são evitáveis e que se morre três vezes mais nestes setores que em acidentes de trânsito. A necessidade de melhorar as práticas assistenciais durante a preparação e/ ou realização de procedimentos cirúrgicos no Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou à Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia, setor que compõe a Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), responsável pelo desenvolvimento dos profissionais graduados, implementou a proposta inovadora de realização de um curso para discutir a SP nos hospitais da rede SUS em Salvador, utilizando a metodologia da problematização e possibilitando a ação-reflexão no

¹ Enfermeira. Mestre em Gerenciamento de Serviço de Enfermagem UFBA. Gestora de Processos Formativos da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia. Coordenadora do Curso de Atualização em Segurança do Paciente. Aluna Especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PGENF/UFBA).

² Enfermeira. Mestranda do Programa Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia. E-mail: monteirofms@hotmail.com

contexto do cotidiano do trabalho. O curso, realizado através de oficinas itinerantes em alguns hospitais públicos de Salvador, durante o período de XX meses. Teve como objetivo divulgar ações que identificassem ou prevenissem a ocorrência de eventos adversos identificados na rede, pelos próprios discentes, abordando aspectos da prática que evidenciam risco para o paciente, possibilitando a análise dos eventos adversos que estes profissionais pudessem atuar como multiplicadores das boas práticas discutidas e analisadas durante os encontros.

OBJETIVOS: Este trabalho descreve a experiência realizada no Curso de Atualização Multiprofissional em Segurança do Paciente para a Rede SUS da Bahia para discutir este tema nos centros cirúrgicos dos hospitais da rede própria. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de um relato de experiência, que utiliza método descritivo para apresentar a realização de três oficinas realizadas, utilizando a problematização para discutir processos seguros em centro cirúrgico. Foi composto por O público alvo (quarenta e seis discentes) eram os profissionais, que representavam quatorze hospitais de Salvador e região metropolitana, onde atuavam nos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), ou eram representantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), ou ainda, dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES) da Secretaria Estadual de Saúde. Metodologias ativas foram utilizadas nas oficinas e o método da problematização foi utilizado em maior frequência. Os discentes que faziam parte do mesmo serviço, foram incentivados a elencarem eventos adversos que ocorreram nos seus respectivos serviços, utilizando um roteiro estruturado, considerando o *Checklist* de cirurgia segura, proposto pela OMS e a Universidade de Havard, com três partes: *Sign in* (antes da indução anestésica), *Time out* (antes da incisão da pele) e *Sign Out* (antes do paciente sair da sala operatória) 4. Este roteiro direcionava a discussão para quatro possibilidades de acontecimento do evento adverso durante os últimos 02 anos: 1. O evento adverso “aconteceu uma única vez”, 2. O evento adverso aconteceu uma vez por semestre. 3. O evento adverso aconteceu mensalmente. 4. O evento adverso aconteceu uma vez por semana. Num segundo momento da oficina, os discentes elegeram os eventos adversos comuns na rede, ou seja, que apareciam com maior frequência em todos os hospitais dentro das quatro possibilidades discutidas. Num terceiro momento, utilizando um novo roteiro estruturado, analisaram fatores que possibilitavam a análise destes eventos relacionados a fatores considerados negativos na execução das atividades do centro cirúrgico como: dificuldade na comunicação entre os profissionais do centro cirúrgico, ausência de identificação do paciente, falta de recursos materiais, falha na montagem do mapa cirúrgico e de recursos materiais e equipamentos na sala de cirurgia, ausência do programa de educação continuada, questões inerentes ao próprio paciente

(alterações metabólicas, intercorrências, dentre outras) desconhecido pela equipe. Relato de caso real do estudo: a magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil³ foi utilizado para iniciar a problematização que contemplou as seguintes etapas: a **análise da realidade** utilizando-se as vivências e experiências de cada profissional; **Identificação dos pontos-chave**. A **utilização de uma legislação/embasamento teórico** e a **formulação de propostas** de intervenção e possibilidades que ocorreu devido a experiência do grupo; Os registros descritos nos relatórios possibilitou verificar a última etapa: **aplicação** da “solução” discutida nas oficinas nos respectivos serviços de origem. **RESULTADOS:** As oficinas geraram, nos relatórios apresentados, fichas de notificação de eventos adversos em C.C., dentre outros produtos. Possibilitou discussões sobre o cenário existente nos C.C., onde a complexidade do ambiente, a falibilidade da memória e da atenção podem frequentemente ocorrer e apontou-se a forte necessidade de garantir segurança através da utilização de check-lists para as três etapas do processo da cirurgia segura. **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM:** A discussão possibilitou o reconhecimento das fragilidades existentes na rede e a forte necessidade de implementar novas condutas relacionadas à identificação de pacientes e procedimentos, melhor relacionamento entre a equipe de profissionais do CC, checagem de materiais, equipamentos e do indicador de esterilização do instrumental, contagem de compressas, gazes e agulhas, notificação dos implantes utilizados. Isto possibilitou o reconhecimento de que o profissional é sujeito construtor de sua práxis, seja na gestão ou na assistência direta. Reconheceram que o comprometimento com a cultura da segurança e da notificação de eventos adversos é um passo primordial para alavancar a mudança da cultura, favorecendo a identificação de alternativas para evitar novas ocorrências e não voltado apenas para a pessoa/erro, apontando que o não envolvimento dos gestores enfraquece a cultura da segurança. As profissionais enfermeiras eram maioria entre os discentes. Foram sempre unânimes em apontar a necessidade de melhorar os processos na comunicação entre setores e entre a equipe multidisciplinar envolvida em qualquer das fases do processo cirúrgico. As oficinas possibilitaram que os discentes observassem os outros serviços favorecendo a reflexão, principalmente das ações de enfermagem envolvidas no contexto operatório. Os relatórios entregues possibilitaram, ainda que empiricamente, verificar que o movimento de ação-reflexão-ação induziu mudanças das práticas nos espaços de trabalho de forma segura para profissionais e pacientes.

DESCRITORES: Segurança do Paciente, Enfermagem, Centro Cirúrgico, Educação.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: O Ministério; 2013. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 02 jun. 2014.
- 2 Gawande. Atul. Checklist. Como fazer as coisas bem feitas. ; Rio de Janeiro: Sextante; 2011
- 3 Porto, Silvia; Martins, Mônica; Mendes, Walter; Travassos, Claudia. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. Rev Port Saúde Pública. 2010; Vol Temat (10): 74-80.
4. ANVISA, Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS/Organização mundial da saúde); - Rio de Janeiro: 2009, Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.