

Estratégias para Segurança do Paciente:

procedimentos, métodos e práticas

Luciano Cicero da Silva
(Organizador)



AYA EDITORA
2022

Estratégias para Segurança do Paciente: procedimentos, métodos e práticas

Luciano Cicero da Silva

(Organizador)

Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizador

Prof.º Me. Luciano Cicero da Silva

Capa

AYA Editora

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva

Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Ma. Denise Pereira

Faculdade Sudoeste – FASU

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão

Faculdade Santa Helena

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior

Universidade Federal de Roraima

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti

Universidade Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues
Universidade Norte do Paraná

Prof.º Dr. Milson dos Santos Barbosa
Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Dr. Myller Augusto Santos Gomes
Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Me. Pedro Fauth Manhães Miranda
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof.º Dr. Rafael da Silva Fernandes
Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas

Prof.ª Dr.ª Regina Negri Pagani
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Dr. Ricardo dos Santos Pereira
Instituto Federal do Acre

Prof.ª Ma. Rosângela de França Bail
Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.º Dr. Rudy de Barros Ahrens
Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares
Universidade Federal do Piauí

Prof.ª Dr.ª Silvia Aparecida Medeiros
Rodrigues
Faculdade Sagrada Família

Prof.ª Dr.ª Silvia Gaia
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Sueli de Fátima de Oliveira Miranda
Santos
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Thaisa Rodrigues
Instituto Federal de Santa Catarina

Prof.º Dr. Valdoir Pedro Wathier
Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional, FNDE

© 2022 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas nos capítulos deste Livro, bem como as opiniões nele emitidas são de inteira responsabilidade de seus autores e não representam necessariamente a opinião desta editora.

E822 Estratégias para segurança do paciente procedimentos, métodos e práticas [recurso eletrônico]. Luciano Cicero da Silva (organizador). -- Ponta Grossa: Aya, 2022. 124 p.

Inclui biografia
Inclui índice
Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN: 978-65-5379-120-6
DOI: 10.47573/aya.5379.2.126

1. Pacientes - Medidas de segurança. 2. Erros médicos - Prevenção.
3. Medicina - Prática - Medidas de segurança. I. Silva, Luciano Cicero da.
II. Título

CDD: 610.696

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora EIRELI

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53
Fone: +55 42 3086-3131
E-mail: contato@ayaeditora.com.br
Site: <https://ayaeditora.com.br>
Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557
Ponta Grossa - Paraná - Brasil
84.071-150

SUMÁRIO

Apresentação.....10

01

Assistência de enfermagem em cuidados paliativos ao paciente com feridas neoplásicas: revisão integrativa.....11

Aléxia Machado Valle Belúzio Amorim

Jéssica da Silva Ribeiro

Kamila Muller Beazussi

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.1

02

A prática do administrador diante da gestão de riscos hospitalares em uma maternidade Escola do Rio de Janeiro.....20

Elaine Cristina Saldanha Rocha

Andréa Marinho de Queiroz Carneiro Barbosa

Aline Campos de Abreu

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.2

03

O empoderamento das equipes no núcleo de segurança do paciente como instrumento de desdobramento e manutenção da cultura40

Suzini Leticia Werner

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.3

04

Apoio Matricial em saúde mental na atenção primária – da concepção aos desafios: revisão integrativa da literatura.....50

José Suwa de Oliveira

Nivaldo Sales de Amorim Neto

Neicy Arraes Suwa

David Lopes Neto

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.4

05

Atuação da equipe de enfermagem na segurança do paciente na atenção primária: uma revisão narrativa da literatura.....61

Jocilene da Silva Paiva
Manuela Gomes dos Santos
Edmara Chaves Costa
Vitória Talya dos Santos Sousa
Terezinha Almeida Queiroz
Ana Marília Ancelmo Oliveira Lima
Maria Juliana Nobre da Silva Batista
Samara dos Reis Nepomuceno
Windjaba Margarida Siga Gomes
Maria Rayssa do Nascimento Nogueira

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.5

06

Atuação da enfermagem na depressão pós-parto70

Ana Paula de Oliveira Bomfim
Eilane Santos da Cruz Nascimento
Luís Henrique Macedo de Carvalho
Mikaellen Fernandes Rodrigues Santana
Naiane de Souza Paulo dos Santos
Nathalia Maria Barbosa de Oliveira
Isabel Cristina Ninos de Carvalho
Thais Lopes de Souza Queiroz
Vandecarla de Jesus de Souza
Lucas Raniery Santos de Carvalho

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.6

07

Metodologia para mapeamento de contingências: definição de uma ferramenta para, resposta e resiliência para serviços de saúde77

Luciano Cicero da Silva

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.7

08

O enfrentamento dos profissionais de saúde afetados pela Síndrome de Burnout intrinsecamente relacionado com a assistência. 88

Ana Maria Silva Lima

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.8

09

Implementação de ferramenta digital para notificação de riscos relacionados à assistência em hospital: relato de experiência92

Michelly Moura Feijó

Erika Hissae Kondo

Luiza Cribari Gabardo

Lenise da Cruz Peratz Leite

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.9

10

Planejamento, desenvolvimento e execução de projeto de sinalização hospitalar: relato de experiência97

Lenise Leite Peratz

Michelly Moura Feijó

Luiza Cribari Gabardo

Erika Hissae Kondo

Camila Sampaio Bom de Oliveira

Bruno Vidal Pinto

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.10

11

Principais instrumentos de avaliação funcional utilizados por fisioterapeutas em unidade de terapia intensiva102

Maycom Carvalho da Silva
Alicea Ferreira de Brito
Filipe Santos Monteiro
Harysson Rodrigues de Paiva
Manoel Samuel da Cruz Neto
Suellen Oliveira da Silva Miranda
Marina Stancoloviche Veiga Brangioni
Gabriela de Lima Teixeira
Kaylane Maria Pereira Lozi
Yuri Sena Melo

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.11

12

A atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero 111

Cícera Maria da Silva
Janielly Cabral Vilaça
Jessyca Câmara Caldas da Silva
Jéssica Fabiana Gomes da Silva
Rafaela dos Santos Silva
Januzilla Amaral

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.12

Organizador 119

Índice Remissivo120

Apresentação

É com muita satisfação que apresento essa obra intitulada “**Estratégias para segurança do paciente**”. Esta obra conta o resultado do trabalho de um grupo de especialistas na área de saúde que trabalham e desenvolvem pesquisas voltadas para as práticas de segurança do paciente.

As estratégias voltadas para segurança do paciente são oportunidades fundamentais que os gestores e profissionais de saúde possuem para garantir um atendimento com o paciente no centro e garantindo um cuidado prestado de forma fortalecer barreiras e processos da jornada do paciente

Podemos perceber ao longo deste trabalho, a diversidade de estratégias e práticas que são verdadeiros cases que podem ser adotados e adaptados a realidade de cada serviço. Sendo assim, este livro tem a proposta fundamental de contribuir com a promoção de um cuidado seguro.

Espero que através desse trabalho, o leitor possa ampliar seus conhecimentos sobre as estratégias e práticas de segurança do paciente, além de aproveitar as metodologias e estratégias aqui contidas para disseminar a cultura de segurança do paciente!

O Organizador



Assistência de enfermagem em cuidados paliativos ao paciente com feridas neoplásicas: revisão integrativa

Aléxia Machado Valle Belúzio Amorim

Aluna graduanda do curso de Enfermagem da IES Centro Universitário Redentor

Jéssica da Silva Ribeiro

Aluna graduanda do curso de Enfermagem da IES Centro Universitário Redentor

Kamila Muller Beazussi

Professora do curso de Enfermagem da IES Centro Universitário Redentor. Graduada em Enfermagem e Fisioterapia

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.126.1

RESUMO

Os pacientes com feridas neoplásicas sofrem principalmente com a dor e aparência da ferida, como o cuidado paliativo não tem caráter curativo, seu objetivo é sancionar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, promovendo o alívio da dor e melhoria da qualidade de vida. Objetivo: identificar e descrever as evidências científicas disponíveis na literatura acerca dos cuidados paliativos de enfermagem para os pacientes com feridas neoplásicas. Métodos: trata-se de uma revisão integrativa por meio da seleção de artigos nos bancos de dados virtuais LILACS, MEDLINE, e Banco de Dados de Enfermagem (BDENF, PUBMED, SCIELO e BVS). Considerações finais: Após a análise do material obtido, os resultados apontaram que, entre as ações de enfermagem direcionadas à pacientes com ferida neoplásica sob cuidados paliativos, destacam-se o alívio dos sintomas, a promoção de conforto e de bem-estar e a melhoria dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Palavras-chave: cuidado paliativo. ferida. enfermagem. oncologia.

ABSTRACT

Patients with neoplastic wounds, mainly with the palpable appearance of the wound, as the care is not curative, its objective is to sanction the signs and symptoms presented by the patient, promoting pain relief and improving quality of life. Objective: to identify and describe the scientific evidence available in the literature on palliative nursing care for patients with neoplastic wounds. Methods: this is an integrative review through the selection of articles in the virtual databases LILACS, MEDLINE, and the Nursing Database (BDENF, PUBMED, SCIELO and VHL). Final considerations: After the well-collected material, the results were directed to patients with neoplastic lesions under palliative care, after analyzing symptoms, promoting comfort and improving care physical, psychological, social and social aspects.

Keywords: palliative care. wound. nursing. oncology.

INTRODUÇÃO

Câncer é um termo que engloba mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que mantém uma característica em comum: o crescimento desordenado de células em algum órgão do corpo, que podem causar tanto um crescimento excessivo no local, quanto se espalharem para outros órgãos. Essas células se dividem rapidamente, se tornando agressivas e descontroladas determinando assim a formação de tumores. (INCA, 2009).

Siqueira *et al.* (2019) degotam que atualmente, é a segunda maior causa de mortalidade por doença no Brasil, se tratando de um problema de saúde pública grave, sua incidência vem aumentando progressivamente, chegando a pelo menos 20% de aumento na última década. Contudo, é uma doença que se destaca entre as doenças crônicas e degenerativas, pois cerca de 60% dos pacientes diagnosticados com câncer já se apresentam em estágio avançado, sendo direcionados aos cuidados paliativos.

Partindo do conceito da Organização Mundial em Saúde, a paliatividade é voltada para

a finalidade de aliviar sintomas que possam comprometer a qualidade de vida do paciente, agrupando ações médicas, psicológicas, sociais e espirituais que influenciam também no tipo de morte que o paciente terá, sendo uma medida terapêutica que se destina a diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do indivíduo, tanto em ambiente hospitalar ou domiciliar. (ALFARO, *et al.*, 2020).

Contudo, o cuidado paliativo não tem caráter curativo, sendo assim, é de suma importância sancionar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, promovendo o alívio da dor e melhoria da qualidade de vida. Os pacientes com feridas oncológicas na assistência à saúde de indivíduos com neoplasias sofrem principalmente com a dor e aparência da ferida, o que interfere diretamente na qualidade de vida do paciente e seus familiares. (AGUIAR, 2012)

No entanto, as feridas neoplásicas são feridas causadas por processos carcinogênicos, formadas pela infiltração de células tumorais malignas na estrutura da pele. Essas feridas têm um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes por causa de sua não cicatrização, mudanças na aparência pessoal, sangramento e exsudação intensos, dor e odor característico que apresentam e o fato de os pacientes associarem a aparência ao agravamento de seu quadro clínico e ao fim da vida (FREITAS, *et al.*, 2019).

Não somente, há uma estimativa de que cerca de 5% a 10% dos pacientes oncológicos desenvolvem feridas, tanto em decorrência do tumor primário ou de tumores metastáticos. As feridas neoplásicas que acometem a pele constituem mais um agravamento na vida do paciente oncológico, já que progressivamente desfiguram o corpo e se tornam de aspecto visual desagradável, odores intoleráveis, produção de exsudato e sangramento, além de constituir uma deformidade corporal, provocando no paciente distúrbio da autoimagem e desgaste psicológico. (BRITO, 2019)

Assim, este trabalho tem como objetivo identificar e descrever as evidências científicas disponíveis na literatura acerca dos cuidados paliativos de enfermagem para os pacientes com feridas neoplásicas, destacando de que forma os cuidados de enfermagem podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes paliativos oncológicos que apresentam feridas e avaliar as tecnologias em saúde acerca da assistência de enfermagem em feridas oncológicas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa de caráter exploratório, realizado por meio de artigos científicos publicados referentes à assistência de enfermagem a pacientes com feridas oncológicas em cuidados paliativos. Sendo assim, definiu-se a seguinte questão norteadora: Qual a produção científica sobre a assistência de enfermagem aos pacientes com feridas neoplásicas em cuidados paliativos?

A pesquisa será realizada por meio da seleção dos artigos nos bancos de dados virtuais como: Literatura Latino-Americana em ciências de Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Banco de Dados de Enfermagem (BDENF, PUBMED, SCIELO e BVS). Para realizar a filtragem dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores em ciência da saúde (DECS): Câncer, Neoplasia, Paliativo, Assistência e Enfermagem.

A partir do questionamento “Como os cuidados de enfermagem contribuem para melho-

ria da qualidade de vida dos pacientes paliativos com feridas neoplásicas? ”, será realizada busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Como critérios de inclusão, foram utilizados: artigos completos, referentes a assistência de enfermagem no cuidado ao paciente com ferida neoplásica paliativo, no idioma português, com acesso gratuito, e com recorte temporal de publicação de 2018 a 2022. Os critérios de exclusão foram os artigos que não atenderam a temática abordada, artigos repetidos nos bancos de dados e que foram publicados nos anos anteriores a 2018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados neste estudo, dez artigos que atenderam à questão norteadora da pesquisa, e extraído dos artigos dados quanto ao período de publicação ao objetivo e considerações finais.

QUADRO SINÓPTICO				
Título	Ano	Autores	Objetivos	Síntese das Conclusões
Os Cuidados de Enfermagem Em Feridas Neoplásicas na Assistência Paliativa	2018	Rafaela Mouta Aguiar; Gloria Regina C. da Silva.	Demonstrar a importância do profissional de enfermagem na assistência ao paciente oncológico, principalmente no que concerne ao cuidado da ferida neoplásica.	O tratamento paliativo oncológico tem como objetivo intervir na minimização dos sinais e sintomas, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida, gerando bem estar à família e ao paciente e incentivando o mesmo ao convívio social.
Cuidados Paliativos a Pacientes com Ferida Neoplásica: Uma Perspectiva para a Assistência de Enfermagem	2019	Débora Brito; Glenda Agra; Marta Costa	caracterizar o conhecimento descrito na literatura relacionado à assistência de enfermagem em cuidados paliativos com o paciente portador de ferida neoplásica.	Este estudo mostrou que as feridas neoplásicas exacerbam sinais e sintomas que devem ser controlados, o que justifica a implementação de cuidados paliativos na assistência de enfermagem.
Lesões de pele nos cuidados paliativos oncológicos: Estudo observacional	2021	Maria Margarida Costa de Carvalho; Winnie Taise Pena Macêdo; Rayanne Bandeira Carneiro; Érika de Cássia Lima Xavier; Ivonete Vieira Pereira Peixoto.	Descrever as características das lesões de pele do tipo lesão por pressão, ferida tumoral e úlcera terminal de Kennedy que ocorrem nos pacientes oncológicos em cuidados paliativos.	mostrou-se a importância da avaliação individual conforme as necessidades e as demandas de cada paciente para buscar conforto e qualidade de vida.
A qualidade de vida do paciente portador de feridas neoplásicas: uma revisão integrativa.	2019	Marcela de Sousa Honorio dos Santos Freitas; Patrícia Quintans Cundines Pacheco; Sônia Regina de Souza.	descrever e analisar as evidências científicas encontradas na literatura sobre a qualidade de vida do paciente portador de feridas neoplásicas	O artigo evidenciou que ao mesmo tempo em que os aspectos fisiológicos da doença e as feridas devem ser avaliadas criteriosamente, também a qualidade de vida do paciente deve ser levada em consideração, pois esse fator auxilia na sua maneira de enxergar o mundo e até mesmo no enfrentamento da doença e a vontade de viver.

A enfermagem e a implementação de cuidados paliativos, visando à melhor qualidade de vida do paciente com ferida oncológica	2019	Mayara Azevedo Melo; Swemilly de Paula Garcia; Aline Cunha Gama Carvalho; Kamila Muller Beazussi.	Analisar quais são os cuidados que a enfermagem pode implementar para proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente com ferida oncológica.	percebe-se que quando a equipe de enfermagem é preparada e presta uma assistência de qualidade compreendendo o paciente em sua totalidade, em seus estados bio-psico-social-espiritual, esse paciente, por sua vez, possui melhor qualidade de vida.
Cuidados paliativos de enfermagem a pacientes com feridas neoplásicas	2020	Elisá Victória Silva e Silva; Hayla Nunes da Conceição.	Descrever sobre os cuidados paliativos de enfermagem a pacientes com feridas neoplásicas.	A enfermagem atua proporcionando assistência humanizada aos pacientes em cuidados paliativos, a fim de minimizar o desconforto das feridas neoplásicas.
Cuidados de enfermagem a pacientes com feridas oncológicas	2020	Danielle Maria da Silva; Anderson da Silva Moreira; Mariana Kíssia Santos Lins de Carvalho; Jean Scheievany da Silva Alves; Isafas Vicente Santos.	Analisar a relevância da assistência da enfermagem nos cuidados com feridas oncológicas em pacientes em cuidados paliativos.	Os cuidados de enfermagem com as feridas oncológicas minimizam os sinais e sintomas, promovendo qualidade de vida, uma vez que estas feridas repercutem negativamente na autoimagem e autoaceitação do paciente em seu estado de saúde.
Evidências científicas sobre intervenções para pessoas com feridas em cuidados paliativos: revisão de escopo.	2019	Pablo Leonid Carneiro Lucena.	Mapear as evidências científicas sobre intervenções direcionadas a pessoas com feridas em cuidados paliativos	É necessária uma avaliação criteriosa do paciente e da ferida, o cuidado deverá incluir realização de técnicas mais conservadoras e menos invasivas, manejo de sinais e sintomas, além de intervenções voltadas aos impactos sociais, psicológicos e espirituais relacionados à ferida.
O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas	2018	Glenda Agra	Analisar a influência de intervenção educativa embasada na Teoria da Aprendizagem Significativa no saber e no fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas.	Constatou-se a ampliação do saber e do fazer relativos aos cuidados paliativos em nível de cognição, bem como uma prática reflexiva sobre este tipo de cuidado.
Cuidados de enfermagem para pessoas com feridas neoplásicas malignas: revisão integrativa	2022	Raíssa de Novais; Uiara Aline de Oliveira Kaizer; Elaine Aparecida Rocha Domingues	caracterizar a produção científica relacionado aos cuidados de enfermagem em pessoas com feridas neoplásicas malignas.	Os estudos evidenciaram abordagens fundamentais para garantir a qualidade de vida a pacientes oncológicos em cuidados paliativos, como os sintomas mais prevalentes e condutas de enfermagem a serem tomadas.

Os pacientes paliativos com agravos por feridas neoplásicas exigem cuidados de enfermagem específicos e especializados, indispensáveis para a promoção de conforto e alívio de sinais e sintomas da ferida e da doença que repercutem diretamente sobre a sua qualidade de vida (CARVALHO, 2021).

Sendo assim, o profissional de saúde, em especial o enfermeiro acaba ocupando um

lugar importante no cuidado desses pacientes, pois o enfermeiro é de extrema relevância na avaliação de feridas, além de ter como competências profissionais a realização de anamnese e exame físico adequados, bem como a realização de uma intervenção singular adequada, que visa manter a integridade dos tecidos, aliviar o mal-estar, promover um sono reparador, autoaceitação, aconselhamento sobre os cuidados com a pele e prevenção de complicações (FONTES & OLIVEIRA, 2019).

Quando um enfermeiro examina um paciente com lesão neoplásica, a lesão e o paciente são avaliados rigorosamente para que um plano de cuidados possa ser desenvolvido posteriormente. A localização, aparência, tamanho, presença e quantidade de exsudato, dor, odor, presença de infecção, tecido desvitalizado no leito da ferida e aparência da área lesada são características avaliadas que nortearão o tratamento tópico (RODRIGUES, *et al.*, 2021).

Considerando que a finalidade dos curativos é proporcionar conforto ao paciente e evitar complicações como infecção, miíase e hemorragia, é necessário adequar as características da ferida ao objetivo do tratamento da ferida e à situação específica da ferida. Sendo assim, um curativo ideal é caracterizado por abranger: absorção do exsudato sem ressecar o leito da ferida, barreira física às bactérias, remoção sem trauma ou presença de detritos no curativo, permeabilidade à umidade e resistência à hiperidratação adjacente e maceração da pele (SOUZA, *et al.*, 2020).

No entanto, além de conhecer as coberturas mais eficazes e disponíveis no mercado e compreender suas indicações, é fundamental que o enfermeiro tenha amplo conhecimento científico e competência na prática clínica do cuidado de feridas, além de considerar também outros aspectos essenciais para a escolha do produto e para continuidade do tratamento, tais como custo acessível, disponibilidade no mercado, facilidade de aquisição pela instituição, facilidade de utilização, aplicação e manejo, apresentação de múltiplas indicações e boa relação custo-benefício comprovada (FONTES & OLIVEIRA, 2019).

A avaliação da lesão e do estado de saúde do paciente foi identificada como ponto fundamental na formulação de um diagnóstico de enfermagem e na implementação de medidas para controlar sinais e sintomas, reduzir riscos e melhorar a qualidade de vida do paciente. Além da avaliação adequada, a limpeza apropriada da lesão e o tipo de cobertura escolhido também são de fundamental importância para um bom prognóstico do paciente (JÚNIOR, 2019)

Além do cuidado das lesões com curativos e coberturas, a dor nos cuidados paliativos oncológicos é um fator importante no manejo de enfermagem. O processo algíco é resultado de uma variedade de causas que podem estar relacionadas a tumores, compressão ou infiltração de nervos ou tecidos moles, pode ser resultado de tratamentos, incluindo quimioterapia e radioterapia, além de ser um sintoma que afeta diretamente a família do paciente, dessa forma, o controle da dor neste cenário é essencial para a qualidade de vida. (RODRIGUES, *et al.*, 2021).

Não somente, o mau odor característico de lesões neoplásicas, proveniente da desvitalização tecidual e infecção por microrganismos anaeróbios no leito da ferida, é um sintoma que causa desconforto, constrangimento e angústia ao paciente. Além das manifestações físicas apresentadas pelas feridas tumorais, elas também afetam diretamente a autoestima do paciente, levando à raiva, solidão, depressão, efeitos negativos na saúde mental e isolamento social. Portanto, apoio psicológico e emocional e atividades que promovam a autoestima, como grupos de

apoio e terapia ocupacional, devem ser oferecidos aos pacientes (CARVALHO, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou dimensionar e analisar a produção do conhecimento sobre os cuidados paliativos com o paciente portador de feridas neoplásicas. Nesse sentido, ressalta-se que os estudos que compunham essa revisão enfatizam que a enfermagem deve proporcionar um cuidado humanizado e singular a pacientes oncológicos, a fim de minimizar desconfortos físicos e problemas sociais, psíquicos e emocionais que podem ser gerados por essa moléstia, tornando-se ainda mais acentuados quando há ocorrência de feridas neoplásicas.

Tais ações, sem pretensão de curar, são destinadas ao alívio dos sintomas, promoção de conforto e de bem-estar, melhoria dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Sendo assim, toda assistência é concentrada em permitir que o paciente passe seus últimos dias de vida da maneira mais confortável possível, sendo o conforto e a manutenção da dignidade os principais objetivos a serem atingidos.

Portanto, o plano terapêutico deve ser dirigido pelas queixas do paciente e na forma deste expressar suas necessidades, tratando dos principais sintomas apresentados, sendo as principais queixas: dor, odor, exsudato, sangramento e prurido.

REFERÊNCIAS

AGRA, Glenda. O saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos destinados às pessoas com feridas tumorais malignas cutâneas. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/15003>. Acesso em: 15 out. 2022.

AGRA, Glenda; FORMIGA, Nilton; OLIVEIRA, Simone; SOUSA, Alana; SOARES, Maria; COSTA, Marta. Indicadores psicométricos do saber e o fazer de enfermeiros nos cuidados paliativos à pessoa com ferida tumoral. *Aquichan*, Bogotá, v. 18, n. 4, p. 461-476, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972018000400461&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 mai. 2022.

AGUIAR, Rafaela; SILVA, Gloria. Os cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na assistência paliativa. v.11 n.2, *Revista HUPE*, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8947/6840>. Acesso em: 02 abr. 2022.

ALFARO, Andrew Silva; CAVEIÃO, Cristiano; HEY, Ana Paula; BERNARDES, Katlyn; LARA, Rafaela; PRESTES, Fabiana da Silva. Ações do enfermeiro em cuidados paliativos na oncologia: uma revisão integrativa. v.13 n.16, *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 2020. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1026>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRANDÃO, Mateus; GÓIS, Rebecca. Assistência de enfermagem para pacientes oncológicos em cuidados paliativos: importância da interação familiar no tratamento. v. 6, n. 1, p. 175-188, *Cadernos de Graduação*, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/8180/3877>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRITO, Debora; AGRA, Glenda; COSTA, Marta. Cuidados Paliativos a Pacientes com Ferida

Neoplásica: Uma Perspectiva para a Assistência de Enfermagem. v.6 p. 30-38, Journal of aging and innovation, 2019. Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/3-ferida-neopl%C3%A1sica.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2022.

CARVALHO, Maria; MACÊDO, Winnie; CARNEIRO, Rayanne; XAVIER, Érika; PEIXOTO, Ivonete. Lesões de pele nos cuidados paliativos oncológicos: Estudo observacional. v. 10, n. 6, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15350>. Acesso em: 15 mai. 2022.

FONTES, Francisco; OLIVEIRA, Adrielly. Competências do enfermeiro frente à avaliação e ao tratamento de feridas oncológicas. Uningá Journal, [S.l.], v. 56, n. S2, p. 71-79, 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2158>. Acesso em: 15 mai. 2022.

FREITAS, Marcela; PACHECO, Patrícia; SOUZA, Sonia. A qualidade de vida do paciente portador de feridas neoplásicas: uma revisão integrativa. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 88, n. 26, 9 jul. 2019. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/438/326>. Acesso em: 13 mai. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER: Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Ministério da Saúde: INCA, 2009. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_2010_incidencia_cancer.pdf&ved=2ahUKEwjGg_i6wobxAhXtrZUCHYIQAcoQFjACegQIAxAC&usq=A0vVaw2bVIRh5seHSpacFP0CSnRq. Acesso em: 02 abr. 2022.

JÚNIOR, José. O controle da dor e sangramento em feridas tumorais malignas: cuidados da equipe de enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://bdtcc.unipe.edu.br/wp-content/uploads/2019/08/Jos%C3%A9-Roberto-CD.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2022.

LUCENA, Pablo. Evidências científicas sobre intervenções para pessoas com feridas em cuidados paliativos: revisão de escopo. Revista Cuidado É Fundamental, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/17448>. Acesso em: 21 out. 2022.

MELO, Mayara; GARCIA, Swemilly; CARVALHO, Aline; BEAZUSSI, Kamila. A enfermagem e a implementação de cuidados paliativos, visando à melhor qualidade de vida do paciente com ferida oncológica. Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico, v. 05, n.07, 2019. Disponível em: <http://reinpeconline.com.br/index.php/reinpec/article/view/366/295>. Acesso em: 13 mai. 2022.

MONTEIRO, Fabiana; OLIVEIRA, Miriam; VALL, Janaina. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. Rev Dor. São Paulo, 2018, p.242-248. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n3/a1470.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

NOVAIS, Raissa; KAIZER, Uiara; DOMINGUES, Elaine. Cuidados de enfermagem para pessoas com feridas neoplásicas malignas: revisão integrativa. Revista Enfermagem Atual In Derme, [S. l.], v. 96, n. 37, p. e-021190, 2022. DOI: 10.31011/raid-2022-v.96-n.37-art.1254. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1254>. Acesso em: 15 out. 2022.

OLIVEIRA, Matheus; SILVA, Raquel; ABREU, Alcione; FREITAS, Vera; ROEHRS, Hellen. Cuidados de enfermagem à ferida oncológica: conhecimento de enfermeiros residentes. Research, Society and Development, v. 11, n. 5, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28477>. Acesso em: 13 mai. 2022.

RODRIGUES, Caio; SILVA, Ellen; SANTOS, Mariana; MIGUEL, Julia; ALMEIDA, Clayton; SOUZA,

Leandro. Percepções e manejo do enfermeiro no cuidado ao paciente com ferida oncológica: revisão integrativa. Revista Saúde em Foco, Edição nº 13, 2021. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2021/06/PERCEP%C3%87%C3%95ES-E-MANEJO-DO-ENFERMEIRO-NO-CUIDADO-AO-PACIENTE-COM-FERIDA-ONCOL%C3%93GICA-p%C3%A1g-201-%C3%A0-210.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2022.

SILVA, Danielle; MOREIRA, Anderson; CARVALHO, Mariana; ALVES, Jean; SANTOS, Isaías. Cuidados de enfermagem a pacientes com feridas oncológicas. Revista Feridas, n. 45, p. 1644-1651, 2020. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistaferidas/article/view/1368>. Acesso em: 21 out. 2022.

SILVA, Elisa; CONCEIÇÃO, Hayla. Cuidados paliativos de enfermagem a pacientes com feridas neoplásicas. Rev Espaço para a Saúde, 2020, p. 82-94. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1104425>. Acesso em: 25 abr. 2022.

SIQUEIRA, Alex; TEIXEIRA, Enéas. A atenção paliativa oncológica e suas influências psíquicas na percepção do enfermeiro. Volume: 23: e-1268, Revista Mineira de Enfermagem, 2019. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1414#>. Acesso em: 06 mar. 2022.

SOUZA, Milena; TOLEDO, Miguel; BEZERRA, Andre. Enfermagem na assistência em cuidados paliativos oncológicos: uma revisão integrativa. Id on Line Rev. Mult. Psic. V.14 N. 53, p. 381-391, 2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2789>. Acesso em: 15 mai. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) †. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em: 05 mar. 2022.



A prática do administrador diante da gestão de riscos hospitalares em uma maternidade Escola do Rio de Janeiro

Elaine Cristina Saldanha Rocha
Andréa Marinho de Queiroz Carneiro Barbosa
Aline Campos de Abreu

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.126.2

RESUMO

A gestão de risco hospitalar é um processo interdisciplinar e multidisciplinar que associa o conhecimento da administração e de diversas disciplinas objetivando perceber, notificar, tratar e monitorar os fatores de risco a fim de prevenir e mitigar os impactos dos eventos adversos, que podem causar danos aos usuários e ao hospital. **Objetivo.** Analisar e descrever a ocorrência e as características das notificações de incidentes ou eventos categorizando por: tipo de evento notificado, perfil dos eventos e setores com maior número de ocorrências. **Método.** Estudo descritivo, retrospectivo, de análise documental, com dados obtidos por meio de planilha gerada através da utilização do formulário de notificações, no período de janeiro/2021 a dezembro/2021, que foi implementado através da prática profissional no Serviço de Gerência de Risco. **Resultados.** Foram analisadas 1572 notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente. Quanto ao tipo do evento, a farmacovigilância obteve 1195 notificações, seguido do processo de risco com 241, tecnovigilância com 75, infraestrutura com 59 e hemovigilância com 02 ocorrências. De acordo com o local de ocorrência, o Setor Alojamento conjunto foi responsável por 41,0% das notificações, seguido do Centro Obstétrico com 25,4%, Unidade Neonatal com 21,2%, Farmácia com 8,8%, e os demais em menor proporção. Em 84,5% das notificações analisadas houve envolvimento do paciente no incidente e 15,5% não houve o envolvimento. **Conclusão.** Através dos dados obtidos, pudemos perceber um aumento em relação às notificações voluntárias (passivas), o que pode estar relacionado ao uso do QR-Code para direcionamento ao formulário de notificações. Os sistemas de notificação eletrônicos se tornaram mais eficazes, tornando o processo simplificado e democrático.

Palavras-chave: administração hospitalar. gestão de risco. eventos adversos. segurança do paciente. qualidade em serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

O gerenciamento de risco hospitalar é um processo interdisciplinar e multidisciplinar que associa o conhecimento da administração, enfermagem, medicina, farmácia, direito, odontologia, engenharia clínica e ambiental, dentre outras. Tem como objetivo perceber, notificar, tratar e monitorar os fatores de risco para prevenir e minimizar os impactos dos eventos adversos, que podem causar danos aos usuários e ao hospital.

O primeiro passo é correlacionar os objetivos da instituição, elencar quais são os riscos que devem ser considerados prioritários e serão gerenciados. Para mensuração dos riscos é importante considerar a incidência e possível impacto na instituição, contando com análises qualitativas e quantitativas.

Os danos causados pela prestação de serviços em saúde, possuem um grande impacto social e econômico para as instituições privadas e públicas, pois de acordo com sua magnitude, acarretará aumento da morbidade, mortalidade, tempo de tratamento, custos assistenciais, além de impacto social na vida do indivíduo afetado e na imagem da instituição perante seus usuários.

Por acreditar que a subnotificação, ou seja, a não notificação de todos os eventos ocorridos, é uma oportunidade perdida para a correção das possíveis falhas existentes no processo do cuidado, o que coloca em risco a segurança do paciente e da instituição, faz-se necessário a implantação de ferramentas diagnósticas que possibilitem o rastreamento e tratamento dos eventos

adversos decorrentes da prestação do cuidado. (FURINI, 2018)

Em virtude da Pandemia pelo novo Corona vírus, houve a necessidade de remodelar os processos de trabalho e diante dessa nova realidade de enfrentamento, foi criado um formulário no Google Forms a fim de facilitar as notificações de incidentes relacionados a segurança do paciente, do trabalhador e da instituição.

Por se tratar de uma ferramenta gratuita, a utilização do formulário eletrônico, otimizou a rotina de trabalho da Gerência de Risco em uma unidade pública e com recursos materiais muito limitados. Diante desse cenário, foi criado e implementado o formulário eletrônico e disponibilizado um QR-Code que direciona a este formulário, distribuído em diversas áreas da instituição. Com isso, não seria necessário manipular formulários escritos, que também poderiam gerar riscos de contaminação. A ferramenta facilitou o acesso à informação, a coleta e tratamento de dados, além da economia em insumos e sustentabilidade para o meio ambiente.

Diante do exposto, optou-se por um estudo descritivo, retrospectivo, de análise documental, com abordagem quantitativa, com base nos dados obtidos na Gerência de Risco de uma Maternidade Escola do Rio de Janeiro, no período de 01 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2021, por meio de planilha gerada através da utilização do formulário de notificações.

Neste sentido a proposta deste estudo é descrever a ocorrência e as características das notificações de incidentes ou eventos adversos relacionados a farmacovigilância, hemovigilância, Infra-estrutura, processo de risco e tecnovigilância, distribuição por: tipo de evento notificado, perfil dos eventos e setores com maior número de ocorrências.

Espera-se com o estudo traçar o perfil dos eventos notificáveis, a fim de prover informações para tomada de decisão e melhoria da qualidade dos processos e prevenção das ocorrências de eventos, garantindo a segurança do paciente e dos profissionais do serviço de saúde, assim como a imagem institucional perante a sociedade.

DESENVOLVIMENTO

Gestão de risco

De acordo com a Norma Operacional básica do SUS de 1996 (NOB nº 01, de 1996), sobre gestão e gerência:

Gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Neste sentido, podemos afirmar que a Gestão está relacionada à Estratégia e o Gerenciamento à Operação, por esse motivo utilizaremos a terminologia Gestão de Risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

A gestão do risco e da qualidade caminham de mãos dadas, uma vez que seu objetivo comum é a melhoria nos processos assistenciais, com a finalidade de garantir os melhores re-

sultados perante seus usuários e seus colaboradores. Para esse processo, faz-se necessária a participação intrasetorial e intersetorial, com o objetivo de fornecer informações e dados para a tomada de decisão assertiva.

Acredita-se que para alcançar a qualidade da assistência e garantir maior segurança do paciente é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (KOHN, 2000)

Ao abordar qualidade nos serviços de saúde, um dos paradigmas mundialmente aceitos é o proposto por Donabedian, para quem qualidade é uma propriedade da assistência que pode ser obtida em diversos graus e níveis. O autor afirma ainda que essa propriedade pode ser definida como obtenção de maiores benefícios com menor risco ao paciente, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes (DONABEDIAN, 1994).

Segundo esse mesmo autor, qualidade da assistência apoia-se na avaliação de três dimensões – estrutura, processo e resultado. A estrutura implica nas características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo área física, recursos humanos, financeiros e materiais, modelo organizacional e apoio da alta direção). O processo corresponde à prestação da assistência sendo considerados os procedimentos utilizados para o diagnóstico, a terapêutica e o acompanhamento (DONABEDIAN, 1994).

O gerenciamento de risco prevê 06 etapas, sendo elas:

1. Planejamento: é a decisão de como o gerenciamento de risco será feito. Isso abrange qual metodologia será utilizada, as ferramentas disponíveis e como esse gerenciamento de riscos será executado;
2. Identificação: identificar os riscos e compreender algumas de suas características para análise posterior. É o momento de pensar quais riscos podem afetar sua empresa. É necessário avaliar todos os aspectos que envolvam incertezas;
3. Análise Qualitativa: compreender a importância do risco através de escalas médias de impacto e probabilidade. Deve-se avaliar quais são seus efeitos sobre a empresa e classificar quais são os mais prioritários e merecem maior atenção;
4. Análise Quantitativa: investigar o impacto e efeitos do risco com precisão numérica. Deve-se trabalhar os dados existentes e para investigar a probabilidade dos riscos e estimar os impactos na empresa;
5. Planejamento de Respostas: é nesta parte do gerenciamento de riscos que são construídas as estratégias de respostas para os riscos e os planos de ações para cada um. As soluções para a atuação sobre os riscos devem ser específicas e factíveis;
6. Monitoramento: Acompanhar o comportamento dos riscos no tempo e a adequação do nível de exposição existente. Para isso, deve-se utilizar de sistemas, relatórios e indicadores;

A gestão de riscos é um conjunto de ações que permite que as instituições de qualquer segmento possam planejar, identificar, analisar qualitativa e quantitativamente, monitorar e im-

plementar medidas estratégicas com a finalidade de mitigar ou tratar potenciais ameaças. Perceber e tratar os riscos em uma instituição de saúde, é fundamental para que se possa garantir a integridade do paciente, do profissional e a imagem da instituição. (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2009).

O Risco é uma situação de incerteza, que como consequência pode expor a organização a perigos e perdas. Por este motivo é importante desenvolver as ferramentas, métodos e cultura adequados para implementar e realizar um bom gerenciamento de riscos.

O administrador no segmento hospitalar, deve ter determinadas habilidades e competências, ser proativo e qualificado para realizar o gerenciamento, favorecendo a instituição e a segurança daqueles que permeiam seu espaço, propondo melhorias e formulando novos indicadores de prevenção de risco para assegurar a segurança do paciente. (FURINI, 2018)

O Gerenciamento de Risco é a peça fundamental para garantir melhores condições na assistência prestada e garantir um ambiente seguro. Já que essa estratégia contribui para identificação precoce de situações perigosas, além de fornecer o suporte e informações necessárias para a tomada de decisão com o foco na atitude assertiva e no desempenho seguro nos serviços.

Para a implantação do Gerenciamento de Risco é necessário a execução sistemática das estratégias de gestão organizacional, a integração de todos os envolvidos no processo de cuidado, o uso de melhores evidências, transparência, responsabilização, sensibilização dos profissionais, atitude de reagir as mudanças e prevenir danos e, principalmente, criar uma cultura de segurança (SILVA, 2010).

O Gerenciamento de Risco (GR) no Brasil passou a entrar em evidência a partir do ano de 2001 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com a implantação do projeto Hospitais-Sentinela, com o objetivo de padronizar e implementar mecanismos para minimizar eventos adversos relacionados a produtos em saúde e sua utilização (ANVISA, 2003).

A preocupação com a qualidade da assistência, processos e tecnologias utilizadas em serviços de saúde deixou de ser um privilégio e passou a ser um tema de suma importância e prioridade na agenda de diversas entidades, como da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da ANVISA, em prol de ações voltadas para a segurança do paciente e do profissional (ANVISA, 2003).

Segurança do paciente

Podemos pontuar como marco inicial da segurança do paciente da era moderna, o estudo realizado em 1999, “To err is Human — building a safer health system” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) o que causou um grande impacto em todo o mundo. O relatório estimou a ocorrência de 44.000 a 98.000 óbitos por ano em decorrência de erros relacionados à prestação de cuidados à saúde dos pacientes, identificando-os como a 8ª causa principal de morte no país, superando as mortes por acidentes de trânsito, câncer de mama ou AIDS (WATCHER, 2013).

Após a publicação desse relatório, diversas iniciativas foram propostas e implementadas com o objetivo de reduzir resultados indesejáveis. Assim a segurança do paciente entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como

uma dimensão da qualidade em saúde (CAPUCHO, 2012) (WATCHER, 2013).

A OMS define segurança do paciente como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente em nível global, a OMS instituiu em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) com o propósito de definir e identificar prioridades na área (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2009).

Como resposta aos fatos e consequências de erros humanos, a OMS lançou, em 2011, as seis metas internacionais para a segurança do paciente, com a finalidade de promover melhorias específicas em áreas problemáticas da saúde, descrevendo soluções baseadas em evidências e especialistas na área. São elas: 1. Identificar os pacientes corretamente; 2. Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; 3. Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; 4. Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5. Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e 6. Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Segurança do paciente no Brasil

No Brasil, em 1999 é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), agência governamental que atua na área de segurança do paciente, com a finalidade de promover a proteção da saúde da população. Em consonância com a OMS, desenvolve ações visando à segurança do paciente e à melhoria da qualidade em serviços de saúde, instituindo uma sequência ordenada de atividades, baseadas nos desafios globais (ANVISA, 2011).

Em 2001, O Ministério da Saúde por meio da ANVISA implantou o chamado “Projeto Hospitais Sentinela” (PHS), cujo objetivo é construir uma rede de serviços em todo o país preparada para notificar eventos adversos (EA) e queixas técnicas e desvios de qualidade de produtos de saúde e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviços de saúde, garantindo assim melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para usuários e profissionais de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A Rede Sentinela trabalha com a gestão de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Em 2007, foi criado o Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) que é um sistema informatizado na plataforma web para receber as notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas com os produtos sob vigilância sanitária. Promove o fortalecimento das ações e a busca contínua de uma gestão do risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de saúde, responsável pela farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância de saneantes nas instituições de saúde, tem como proposta fomentar a autoidentificação de riscos hospitalares, a análise da causa da ocorrência e as providências para a correção de falhas nos processos (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Nesse contexto, em abril de 2013, através da Portaria nº 529, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a fim de atender à demanda de prevenção de Eventos adversos em serviços de saúde, contribuindo para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Tem como objetivos específicos promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre o tema e estimular a inclusão do tema no ensino técnico, graduação e pós-graduação em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA, 2013).

Em julho de 2013, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da ANVISA, que “institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde”. A RDC 36 integra o elenco de medidas do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e tem como áreas de aplicação “os serviços de saúde públicos e privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem atividades de ensino e pesquisa” (ANVISA, 2013).

Segundo a resolução os serviços de saúde deverão estruturar um “Núcleo de Segurança do Paciente” (NSP) cuja missão é desenvolver um “Plano de Segurança do Paciente” (PSP), que deverá ter como princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração multiprofissional nos processos de gerenciamento e gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (ANVISA, 2013).

A RDC 36/2013 aponta como estratégias e ações de gestão de risco esperadas do NSP:

1. Mecanismos de identificação do paciente;
2. Orientação para higienização das mãos;
3. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionados à assistência à saúde;
4. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
5. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
6. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
7. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; e
8. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada” (BRASIL, 2013).

De acordo com esta Resolução, o NSP é responsável pela notificação de EA decorrentes da prestação de serviços de saúde (p. ex.: quedas de pacientes, infecções hospitalares e o agravamento da situação de saúde por falhas ocorridas durante cirurgias) ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2013).

Ainda em 2013 foram publicados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e Fundação Oswal-

do Cruz (Fiocruz) seis protocolos de Segurança do Paciente com o objetivo de reforçar a adoção de práticas de segurança, prevenindo EA relacionados a assistência à saúde: higienização das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlceras por pressão, prevenção de quedas; identificação do paciente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2022.

Erro, incidentes e eventos adversos (EA)

Há décadas os erros provenientes dos tratamentos de saúde eram pouco comentados embora milhares de pessoas fossem prejudicadas todos os dias de maneira desnecessária. Segundo a OMS, os erros e as falhas na assistência em saúde têm gerado lesões incapacitantes ou morte de dezenas de milhões de paciente em todo mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2009).

De acordo com a *International Classification for Patient Safety* (Classificação Internacional de Segurança do Paciente - ICPS) da OMS, estes eventos negativos não se tratam apenas de eventos adversos, mas também de qualquer tipo de incidente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Para abordar a Segurança do paciente e a gestão de riscos, conhecer alguns conceitos são necessários.

Erro é definido na ICPS como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Erros são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Um exemplo de violação é a não adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Incidente “um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011) 2011).

Os incidentes são agrupados por categorias de mesma natureza, como, por exemplo: processo ou procedimento clínico; documentação; infecção associada ao cuidado; medicação/fluidos IV; sangue e produtos sanguíneos; nutrição; oxigênio, gás e vapores; dispositivos e equipamentos médicos; comportamento; pacientes; infraestrutura e recursos/administração (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

De acordo com a WHO (2009), os incidentes classificam-se como:

- near miss: incidente que não atingiu o paciente (é um potencial Evento Adverso).
- Incidente sem danos: evento que atingiu o paciente, mas não causou danos discernível.
- Incidente com dano ou Evento Adverso (EA): incidente que resulta em dano ao paciente.

Eventos Adversos são definidos como uma lesão não intencional que resulte em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte, como consequência de um cuidado de saúde prestado. (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2009) (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

Dano pode ser definido como prejuízo temporário ou permanente da estrutura ou função do corpo, podendo ser físico, emocional ou psicológico, seguido ou não de dor, podendo gerar consequências como o aumento do tempo de permanência em uma instituição hospitalar, necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e até a morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2009) (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017).

O “grau de dano” de um incidente ou EA sofrido refere-se ao grau de comprometimento do estado de saúde do paciente e segundo a (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011) pode ser:

- NENHUM: não houve nenhuma consequência para o paciente;
- LEVE: o paciente apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração sem intervenção ou com uma intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação);
- MODERADO: o paciente necessitou de intervenção (exemplo: procedimento suplementar ou terapêutica adicional), prolongamento da internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo;
- GRAVE: necessária intervenção para salvar a vida, grande intervenção médico-cirúrgica ou causou grandes danos permanentes ou em longo prazo;
- MORTE: causada pelo EA

Sistema de notificação de incidentes

Os eventos adversos e incidentes são relevantes indicadores da qualidade da assistência prestada, fornecendo informações preciosas e imprescindíveis no planejamento das ações para um sistema de saúde mais seguro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Para (WATCHER, 2013), diversas estratégias devem ser empregadas pelas organizações de saúde para se criar sistemas mais seguros, dentre elas se destacam a simplificação, a padronização, a utilização de repetições, a melhoria do trabalho em equipe, comunicação e o aprendizado a partir dos erros já cometidos no passado.

A análise dos eventos adversos é ferramenta fundamental para apontar a qualidade do cuidado prestado e, atualmente, está sendo utilizada como indicador de resultados da assistência por organizações como, Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), Organização Nacional de Acreditação (ONA) e JCAHO. Considerando que muitos dos EA são evitáveis, a adoção de medidas preventivas voltadas para a redução de sua probabilidade de ocorrência pode evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos e salvar vidas (WATCHER, 2013).

A monitorização dos incidentes é importante para garantia da segurança dos pacientes e depende de esforços para que a sua identificação seja feita antes de causarem danos.

A JCAHO, recomenda o uso de ferramentas para medir e monitorar a performance de uma instituição e propõe a utilização de instrumentos de notificação de EAs. Sugere, ainda, que exista uma análise crítica sobre as causas de sua ocorrência e implantação de medidas de qualidade para a melhoria contínua dos processos de trabalho (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH ORGANIZATIONS, 2011).

A importância em notificar os eventos explica-se pelo fato de proporcionar um meio de comunicação a respeito das ocorrências inesperadas, possibilitando o reconhecimento das falhas para a promoção de modificações necessárias e colaborando para o sucesso do desenvolvimento assistencial. Assim, a notificação reduz a ocorrências de erros semelhantes no futuro, promove aprendizagem, e por meio da investigação e análise dos incidentes, geram informações úteis para corrigir falhas (WATCHER, 2013).

A notificação de EAs depende amplamente de um trabalho de sensibilização da equipe de profissionais que atuam na assistência ao paciente. É imprescindível que sejam envolvidos e estejam habilitados para detectar incidentes relacionados à assistência à saúde, reconhecendo-os como um instrumento de melhoria contínua para segurança do paciente, e não como um mecanismo de punição.

A notificação dos eventos constitui elemento fundamental e relevante para a segurança do paciente e para a sociedade num todo, pois através de sua análise podemos subsidiar planos de ação voltados para a instituição e subsidiar dados para que novas políticas públicas possam ser implementadas para melhoria dos processos de trabalho.

Os sistemas internos de notificações, fomentam o ciclo de gestão de risco e melhorias de processos, pois sem conhecer os riscos institucionais quanto a sua incidência e gravidade seria impossível realizar esse gerenciamento. Implementar métodos que tornem essa tarefa mais simplificada deve ser uma prioridade para os gestores, porque afinal, o que importa não é a quantidade de informações obtidas, mas a qualidade na transmissão dessas informações. (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Os sistemas mais utilizados para essa finalidade, são a notificação voluntária, vigilância ativa ou intensiva e a vigilância baseada em sistema de informação hospitalar, sendo que a notificação voluntária se caracteriza por um tipo de vigilância passiva, o segundo como vigilância ativa e o terceiro uma ferramenta tanto para a vigilância passiva, quanto para a vigilância ativa (CAPUCHO, 2012) (WATCHER, 2013).

A notificação voluntária é o pilar para melhoria contínua desse processo, em que os responsáveis pela tomada de decisões, devem incentivar e fortalecer a cultura de segurança não somente do paciente, mas também institucional. Envolver os usuários e seus familiares neste processo também é uma estratégia fundamental, uma vez que a sua percepção externa pode fazer toda a diferença, além de incentivar o autocuidado, o erro pode ser percebido precocemente, e o risco de danos maiores relacionados a assistência podem ser evitados.

A vigilância ativa ou intensiva de incidentes é realizada através da revisão e análise retrospectiva do prontuário do paciente, onde o profissional responsável em realizar a gestão de

risco, busca informações sobre os incidentes que possam ter ocorrido na estadia do paciente, sem terem sido notificados através da vigilância passiva (CAPUCHO, 2012). Algumas características fazem com que a vigilância ativa obtenha vantagem em relação à notificação voluntária, como a identificação precoce dos incidentes ou queixas técnicas e a possibilidade de acesso a dados completos e confiáveis, obtidos por meio de revisão de prontuário, entrevista com o paciente ou profissional de saúde.

Um sistema de notificação eficaz, deve ser estruturado a partir de evidências e utilizar as terminologias já validadas pelas autoridades e especialistas no campo de segurança do paciente, para esse processo, podemos utilizar as recomendações da OMS.

A Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD), foi publicado pela Organização Mundial de Saúde, em janeiro de 2009, com o título *framework for the international classification for patient safety*. (ICPS). Em 2011, o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde concedeu os direitos de tradução e publicação para uma edição em língua portuguesa à Direção-Geral da Saúde, a única entidade responsável pela edição portuguesa. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, reuniu um grupo de trabalho para definir, identificar e incorporar conceitos de segurança do paciente numa classificação internacionalmente reconhecida com o objetivo de promover a aprendizagem e a melhoria da segurança do paciente em todos os sistemas de saúde do mundo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

O objetivo da Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (CISP) é permitir a classificação das informações sobre a segurança do paciente utilizando um conjunto de conceitos predefinidos, em uma terminologia própria e as relações entre elas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

A CISP foi idealizada para concentrar os principais problemas relacionados com a segurança do paciente e para “facilitar a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da informação para melhorar os cuidados aos doentes” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Vale salientar que a CISP não pode ser considerada como a classificação final dos conceitos relativos à segurança do paciente, uma vez que com a evolução das tecnologias em saúde, sempre surgirão novos desafios e novos conceitos em gestão de risco.

A CISP foi estruturada para facilitar a compreensão de conceitos de segurança do paciente, para que as classificações regionais e nacionais já existentes possam se identificar. O grupo de trabalho desenvolveu a estrutura composta por 10 classes: (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

1. Tipo de Incidente
2. Consequências para o Doente
3. Características do Doente
4. Características do Incidente
5. Fatores Contribuintes /Perigos

6. Consequências Organizacionais
7. Detecção
8. Fatores Atenuantes do Dano
9. Ações de Melhoria
10. Ações para Reduzir o Risco

Foram definidos 48 conceitos chave na CISP e foi atribuído a eles uma terminologia própria para a segurança do paciente. Estes conceitos são o ponto de partida para uma melhor compreensão a nível internacional de termos e conceitos relevantes para a segurança do paciente. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Como o nível de estruturação e método de coleta de dados relativos à segurança do paciente varia de uma instituição para outra, além da CISP, para chegar a um sistema de notificações eficaz, deve se estruturar um modelo mínimo de informações a serem coletadas, neste sentido a OMS desenvolveu o Modelo de Informações Mínimas para a Notificação de Incidentes e Sistemas de Aprendizagem para a Segurança do Paciente. Ele é mais conhecido pela sigla MIM SP (em português) ou MIM PS (em inglês). (PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ, 2019).

Esse modelo visa proteger a identificação dos pacientes e dos profissionais notificantes, uma vez que a garantia ao anonimato pode contribuir significativamente para o aumento das notificações, ou da subnotificação, pois ainda existe a cultura punitiva do erro, onde os notificantes temem sofrer repreensões ao comunicarem as falhas ocorridas durante a prestação dos cuidados. Ele também pode servir de modelo inicial para a posterior adequação a realidade de cada instituição. (PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ, 2019).

O MIM SP foi estruturado da seguinte forma:

Informações sobre o paciente: O paciente deve permanecer anônimo; os dados que podem ser registrados são “sexo” e “idade”.

MOMENTO: A data e a hora em que ocorreu o incidente.

AGENTES ENVOLVIDOS: Agentes com potencial para causar danos. “Agente” indica qualquer produto, dispositivo, pessoa ou elemento envolvidos no incidente.

LOCAL: O ambiente físico em que ocorreu um incidente de segurança do paciente.

Fatores contribuintes: Qualquer agente que possa ter participado da origem ou do desenvolvimento de um incidente, ou que possa aumentar o risco de ocorrência de um incidente.

Fatores mitigantes: Agentes que previnem ou moderam a progressão de um incidente para o ponto em que causa danos a um paciente, ou que reduzem o risco de ocorrência de um incidente.

Tipo de incidente: Um termo descritivo para uma categoria formada por incidentes de natureza semelhante, agrupados segundo características comuns estabelecidas por consenso.

Resultados do incidente: impactos sobre um paciente ou uma organização que podem ser atribuídos ao incidente, total ou parcialmente.

Ações resultantes: Para os fins deste modelo de informação, estas ações podem ter por objetivo melhorar uma situação que surgiu como resultado de um incidente, seja ela ligada ao paciente ou à organização, a fim de prevenir a recorrência do mesmo tipo de incidente.

Papel do notificador: O papel desempenhado no incidente pela pessoa que coletou e enviou as informações sobre o incidente. (PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ, 2019).

Figura 2 - O MIM SP

1. INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE
Idade
Sexo
2. MOMENTO DO INCIDENTE
3. LOCAL DO INCIDENTE
4. AGENTES ENVOLVIDOS
Causas (suspeitas)?
Fatores contribuintes?
Fatores mitigantes?
5. TIPO DE INCIDENTE
6. RESULTADOS DO INCIDENTE
7. AÇÕES RESULTANTES
8. PAPEL DO NOTIFICADOR

Fonte: Proqualis, Fiocruz, 2018

O método de obtenção das notificações adotado consiste em um formulário, concebido a partir da classificação internacional de segurança do paciente e do MIM SP. Esse formulário foi estruturado no Google Forms em formato de *check list*; possui opções intuitivas e que facilitam a descrição geral do incidente a ser notificado.

Esse formulário está subdividido em algumas categorias consideradas relevantes para o gerenciamento de risco da instituição, são elas:

Farmacovigilância (Situações que envolvam problemas com medicação ou prescrição); Hemovigilância (Situações que envolvam problemas com sangue e seus derivados); Tecnovigilância (Situações que envolvam falha de equipamentos, produtos hospitalares, kits laboratoriais); Infraestrutura (Situações relacionadas a defeitos no prédio ou em sua manutenção); Processo de Risco (Situações em que o profissional ou instituição coloque a segurança do paciente ou do profissional em risco); Never Events / Eventos Sentinela (Evento grave indesejável que ocorre e resulta em comprometimento do atendimento ao paciente internado ou ambulatorial ou aos seus acompanhantes com ou sem sequelas).

Algumas dessas categorias se desdobram em outros subtipos de erros relacionados a assistência, e ao final da seleção de múltipla escolha, o notificante é direcionado ao campo onde pode descrever de maneira sucinta o incidente ocorrido, uma vez que ao percorrer o formulário, todas as informações necessárias à identificação e categoria do incidente já foram informadas. O formulário tem a opção de anexar imagem, o que possibilita a visualização virtual do incidente notificado, principalmente quando se trata de equipamentos, materiais e medicamentos utilizados na assistência.

A identificação do notificante é opcional, uma vez que a garantia do anonimato o deixa

mais confortável no momento de relatar algum erro que ele tenha cometido ou de outro membro da equipe. Porém ao realizarmos os treinamentos para o correto preenchimento do formulário, ressaltamos a importância da identificação para que ocorra um feedback relacionado aos planos de ação adotados pela Gerência de Risco, além da fácil localização do notificante caso seja necessário coletar informações adicionais referente ao incidente informado.

Os dados obtidos neste formulário de notificações são enviados pelo próprio Google Forms a uma planilha que também é gerada por ele, e é através dessa planilha que realizamos o gerenciamento de risco da unidade. Após a análise destes dados é possível traçarmos planos de ação para os eventos que possam colocar em risco a segurança institucional e do paciente.

As notificações realizadas servem para subsidiar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) na identificação, avaliação, compreensão e mitigação de novos eventos similares. Além disso é possível promover ações de proteção e promoção à saúde pública por meio da regulação desses eventos notificados.

ANÁLISE DE DADOS

No período do estudo, de janeiro/2021 a dezembro/2021, foram apuradas pelo setor de Gerenciamento de Risco 1572 notificações de incidentes relacionados a segurança do paciente. Foram obtidas 847 notificações através do Google Forms, de forma voluntária (vigilância passiva) e ainda, as notificações realizadas pela GR através de vigilância ativa, onde contabilizam-se 725 notificações. (UFRJ - MATERNIDADE ESCOLA, 2021).

Tipo de evento (distribuídos de acordo com os setores de ocorrência)

Figura 3 - Tabela com a distribuição por tipo de eventos notificados e respectivos setores

Setor de Ocorrência	Tipo de Evento					Total geral
	Farmacovigilância	Hemovigilância	Infraestrutura	Processo de Risco	Tecnovigilância	
Admissão	1		9	29	1	40
Agência Transfusional				2		2
Alojamento Conjunto	598		9	34	3	644
Ambulatório				1		1
Área Comum			5	5		10
Banco de Leite				1		1
Centro Obstétrico	221	2	6	148	22	399
CME				1		1
Farmácia	139					139
GERENCIA DE RISCO	2					2
Unidade Neonatal	234		30	20	49	333
Total geral	1195	2	59	241	75	1572

A figura 3 demonstra que no período de janeiro/2021 a dezembro/2021, foram apuradas pelo setor de Gerenciamento de Risco 1572 notificações de incidentes relacionados a segurança do paciente. Distribuídas em:

1. Farmacovigilância: (Situações que envolvam problemas com medicação ou prescrição) 1195 ocorrências.
2. Hemovigilância: (Situações que envolvam problemas com sangue e seus derivados) 02 Ocorrências.

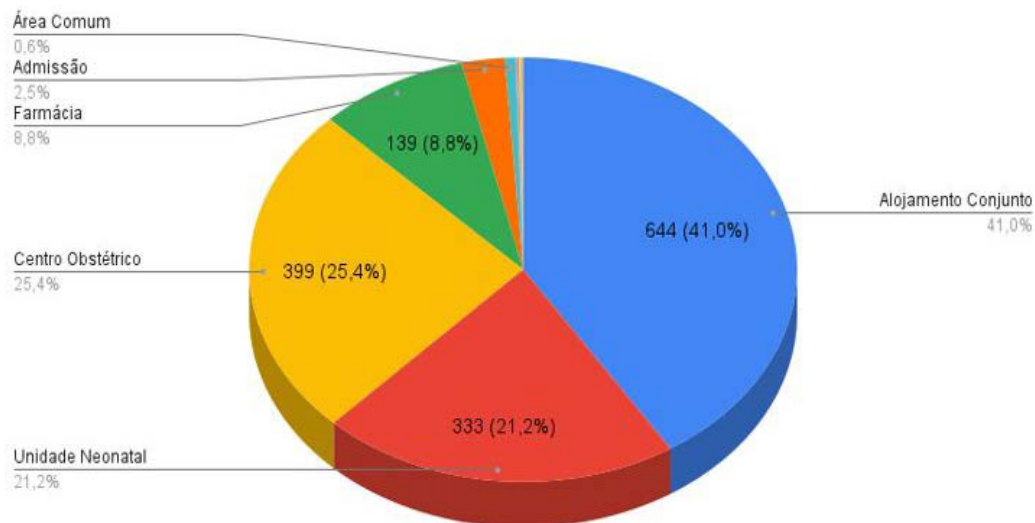
3. Infraestrutura: (Situações relacionadas a defeitos no prédio ou em sua manutenção) 59 Ocorrências.
4. Processo de Risco: (Situações em que o profissional ou instituição coloque a segurança do paciente ou do profissional em risco) 241 Ocorrências.
5. Tecnovigilância: (Situações que envolvam falhas de equipamentos, produtos hospitalares, kits laboratoriais) 75 Ocorrências.

Foram relacionadas as categorias citadas acima e seus desdobramentos por conta da vasta classificação de Eventos e incidentes e suas taxonomias presentes na literatura, tornando o processo de notificação pelos usuários mais simplificado. Essas notificações foram tratadas e foram analisadas as suas causas raiz, bem como criados planos de ação em relação aos problemas enfrentados pela instituição. (UFRJ - MATERNIDADE ESCOLA, 2021).

De acordo com a tabela, quanto ao setor de ocorrência, foram apurados os seguintes dados de incidentes relacionados a segurança do paciente, do colaborador ou da instituição: Admissão 36, Agência Transfusional 02, Alojamento Conjunto 604, Ambulatório 01, Área Comum 09, Banco de Leite 01, Centro Obstétrico 377, CME 01, Farmácia 132, Gerencia de Risco 02 e Unidade Neonatal 301. (UFRJ - MATERNIDADE ESCOLA, 2021).

Setor de ocorrência

Figura 4 - Registro de incidentes relacionados a segurança do paciente notificados por setor
Setor de Ocorrência



A figura 4 demonstra os incidentes por local de ocorrência, o Setor Alojamento conjunto foi responsável por 41,0% das notificações, seguido do Centro Obstétrico com 25,4%, Unidade Neonatal com 21,2%, Farmácia com 8,8%, e os demais, não irrelevantes, porém em menor proporção. (UFRJ - MATERNIDADE ESCOLA, 2021).

Perfil dos incidentes de acordo com as categorias relacionadas (farmacovigilância, hemovigilância, infraestrutura, processo de risco, tecnovigilância)

Figura 5 - Perfil dos incidentes notificados de acordo com as categorias relacionadas (Farmacovigilância, Hemovigilância, Infraestrutura, Processo de Risco, Tecnovigilância).

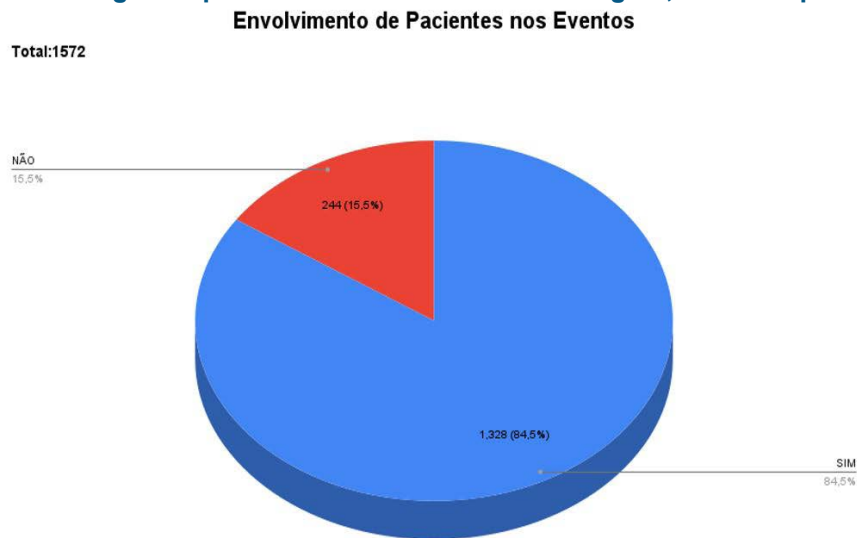
FARMACOVIGILÂNCIA	Administração de dose	87
	Desvio de qualidade	10
	Dispensação	133
	EAM	19
	Perda não intencional	01
	Prescrição	945
	Total	1195
HEMOVIGILÂNCIA	Identificação	01
	Reação Hemolítica	01
Total	02	
PROCESSO DE RISCO	Evento Adverso	142
	Evento Sentinela	26
	Near Miss	73
	Total	241
INFRAESTRUTURA	Colaboradores	03
	Desabastecimento de água	05
	Elevador	14
	Estrutura física	05
	Lavanderia	07
	Mobiliário	08
	Parte Elétrica	02
	Radiografia	01
	Rede de gases	02
	Resíduos	01
	Superlotação	06
	Transporte	04
	Vetores	01
Total	59	
TECNOVIGILÂNCIA	Equipamento	16
	Material	59
Total	75	

Na figura 5 observamos que os principais motivos de notificação foram:

1. FARMACOVIGILÂNCIA: 87 incidentes relacionados a administração de dose, desvio de qualidade 10, dispensação 133, 19 eventos adversos medicamentosos, perda não intencional 01 e prescrição 945, totalizando 1195 incidentes relacionados ao uso de medicações.
2. PROCESSO DE RISCO: 142 eventos adversos, 26 eventos sentinela, 73 near miss, totalizando 241 incidentes relacionados ao processo de cuidados do paciente.
3. TECNOVIGILÂNCIA: equipamento 16, material 59, totalizando 75 incidentes relacionados ao uso de equipamentos médicos ou queixas técnicas relacionadas ao uso de materiais.
4. INFRAESTRUTURA: colaboradores 03, desabastecimento de água 05, elevador 14, estrutura física 05, lavanderia 07, mobiliário 08, parte elétrica 02, radiografia 01, rede de gases 02, resíduos 01, superlotação 06, transporte 04, vetores 01, totalizando 59 incidentes relacionados a problemas estruturais e institucionais, ou seja, não clínicos, porém importantes em serem gerenciados por entendermos que esse tipo de risco também ameaça à segurança do paciente.
5. HEMOVIGILÂNCIA: identificação 01, reação hemolítica 01, totalizando 02 incidentes relacionados ao uso de sangue e seus derivados. (UFRJ - MATERNIDADE ESCOLA, 2021).

Registro do envolvimento dos pacientes no incidente notificado

Figura 6 - Registro quanto aos incidentes terem atingido, ou não o paciente.



Na figura 6 foi realizada a triagem sobre os incidentes notificados e avaliado se eles tiveram o envolvimento ou não do paciente. Pudemos observar que em 84,5% dos eventos houve envolvimento e em 15,5% não houve o envolvimento. Podemos destacar que erros relacionados a prescrição também envolvem o paciente, mesmo que indiretamente, ou seja, um quase erro. (UFRJ - MATERNIDADE ESCOLA, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disponibilização de tecnologias gratuitas através da internet, permitiu que instituições com orçamentos limitados, pudessem ter acesso a informações sobre riscos relacionados a assistência em saúde em tempo oportuno e com maior qualidade de detalhes. A simplificação do processo de notificação de incidentes, foi um grande aliado na tomada de decisões, substituindo os sistemas manuscritos que demandavam perda de tempo e paralisação momentânea das atividades assistenciais, os métodos eletrônicos disparadamente se tornaram mais eficazes.

Ao analisarmos os dados obtidos, pudemos perceber um aumento significativo em relação às notificações voluntárias, o que pode estar diretamente relacionado ao fato de termos inserido na rotina do nosso setor e dos serviços da Maternidade Escola o uso do QR-Code para direcionamento ao formulário de Notificações, o que torna o processo de notificação simplificado e democrático.

O PNSP foi instituído e fundamentado em multidisciplinaridade, diante disso, podemos destacar que na multidisciplinaridade não existe articulação entre os setores envolvidos, já a interdisciplinaridade seria uma teoria baseada em troca de saberes e experiências com um único propósito, que neste caso seria a segurança do paciente. Podemos abordar ainda a transdisciplinaridade, que se trata de um nível bem superior e complexo de integração contínua e ininterrupta dos conhecimentos, onde nenhum é mais importante que o outro.

Em revisão da literatura também não há registro a qual categoria seria atribuída a responsabilidade pelo gerenciamento de risco hospitalar, e com o passar do tempo, ficou subenten-

dido como atribuição do profissional enfermeiro. Porém, na RDC nº 36 e na portaria nº 529 da ANVISA ficou estabelecido como um objetivo comum e de interesse para o poder público que as instituições de saúde deveriam estabelecer estratégias e ações de gestão de risco. (ANVISA, 2013).

O presente estudo contribui na produção de conhecimento acerca do tema segurança do paciente e destaca a importância da atuação do administrador em conjunto com as diversas ciências envolvidas no cuidado, vem corroborar com a afirmação de que o administrador é profissional habilitado e quando especializado em Segurança do Paciente e Qualidade em serviços de saúde, se torna elemento essencial ao gerenciamento destes riscos já perfilados acima, pois o administrador desenvolve no ambiente hospitalar, habilidades técnicas, humanas e conceituais.

O compromisso da gestão de riscos deve ultrapassar os muros da instituição, além de subsidiar informações aos órgãos regulatórios, uma vez que a segurança do paciente deve ser vista como uma problemática de saúde pública, podendo acarretar aumento da morbidade, mortalidade, tempo de tratamento, custos assistenciais, além de impacto social na vida do indivíduo afetado e na imagem da instituição perante seus usuários.

Pudemos também perceber que houve um fortalecimento na cultura de segurança organizacional. O que segundo a (BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013).

Se caracteriza por ser o produto de valores, atitudes, percepções e competências individuais e grupais que determinam o compromisso e o estilo da instituição. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e a eficiência de ações preventivas.

Espera-se também com esse estudo que haja a sensibilização de que a segurança do paciente começa pela ação de cada indivíduo envolvido na prestação de cuidados, que instituições seguras começam por pessoas seguras.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rede Sentinela. anvisa.gov.br, 2003. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/historico.htm>. Acesso em: 19 agosto 2022.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 63 de 25 de novembro de 2011. Biblioteca Virtual em Saúde. BVS, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso em: 19 agosto 2022.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 36 de 25 de julho de 2013. Biblioteca Virtual em Saúde; BVS, 2013. Acesso em: vários acessos 2022.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. Caderno 1, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Investigação de Eventos Adversos em

Serviços de Saúde. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. caderno 5. ed. Brasília: ANVISA, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. caderno 6. ed. Brasília: ANVISA, 2014.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. caderno 7. ed. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, v. 40p, 2014.

CAPUCHO, HELAINE C. Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde como base para a cultura de segurança do paciente. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, p. 155. 2012.

DONABEDIAN, A. A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

FURINI, A.C.A. Notificação de eventos adversos: Caracterização dos eventos. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, p. 149. 2018.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH ORGANIZATIONS. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. 4ª. ed. Rio de Janeiro: JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH ORGANIZATIONS, 2011.

KOHN, L.T., E. A. To err is human: building a safer health system. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. Washington (DC: [s.n.]. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96. DATASUS, 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: 20 agosto 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Biblioteca Virtual em Saúde. BVS, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: vários acessos.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. The international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. Lisboa: Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. 2011. p. 142.

PROQUALIS/ICICT/FIOCRUZ. Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente. PROQUALIS, 2019. Disponível em: <http://proqualis.net>. Acesso em: vários acessos.

SILVA, Ana E. B. D. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. Revista Eletronica de Enfermagem v. 12, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11885>. Acesso em: 10 agosto 2022.

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2ª. ed. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, FIOCRUZ, v. 524, 2019.

UFRJ - MATERNIDADE ESCOLA. Maternidade Escola da UFRJ. UFRJ, Maternidade Escola. Plano de Segurança do Paciente., 2021. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/vigilancia/gerencia/plano_seguranca_Paciente_2021_2022.pdf. Acesso em: vários acessos.

VERGARA, Sylvia C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 9ª. ed. São Paulo: Atlas, v. 92p, 2007.

WATCHER, Robert M. Compreendendo a segurança do paciente. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, v. 478p, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Priorities for patient safety research, p. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1262770/retrieve>, 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1262770/retrieve>. Acesso em: 12 agosto 2022.



**O empoderamento das equipes no
núcleo de segurança do paciente
como instrumento de desdobramento
e manutenção da cultura**

Suzini Leticia Werner

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.126.3

RESUMO

A cultura de segurança do paciente e sua manutenção tem sido um dos maiores desafios dentro das organizações de saúde. O objetivo desse artigo é demonstrar como as estratégias de um Núcleo de Segurança composto por colaboradores operacionais transformou esse cenário. O Núcleo de Segurança do Paciente é uma das ferramentas para nortear e disseminar essa cultura, portanto, dentro da nossa organização uma das estratégias mais assertivas foi o modelo de liderança colaborativa, ou seja, trazer os colaboradores que são influenciadores da cultura para compor o NSP e assim disseminar ano após ano a cultura de segurança. O envolvimento e empoderamento dessas equipes trouxe um senso de pertencimento que potencializaram os resultados, em 2017 39,84% das notificações foram eventos que atingiram o paciente, já em 2021 (cenário pandêmico) 34,92%. Resultados subsidiados fortemente pelas ações do NSP.

Palavras-chave: núcleo de segurança do paciente. liderança colaborativa. cultura.

INTRODUÇÃO

Cada vez mais se percebe que a qualidade da assistência prestada está intimamente ligada a Cultura de Segurança. É fato que de nada adianta constar no Planejamento Estratégico, Cadeia de Valor, Políticas Institucionais a Segurança e Qualidade como valores da organização se na prática ela não é aplicada.

A Cultura de Segurança do Paciente é considerada um importante componente estrutural dos serviços de saúde que favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição da ocorrência de eventos adversos (danos aos pacientes causados por falhas durante a assistência prestada) (ANVISA, 2020).

O objetivo desse artigo é de forma prática demonstrar como uma instituição privada transformou seus resultados de qualidade e segurança assistencial a partir de um modelo de liderança colaborativa, ou seja, todos se tornam responsáveis pelas ações, desenvolvimento e resultados.

Ao longo dos últimos anos de forma mais presente, tem se falado sobre o tema segurança do paciente, tanto em instituições de saúde quanto em mídias sociais, movimentos a favor do tema e a própria judicialização na saúde tem trago à tona.

Tem sido o grande desafio das instituições de saúde não só a implantação de uma cultura de segurança do paciente, mas sim a manutenção da cultura considerando as diversas variáveis que estão envolvidas em sua infraestrutura, tais como:

- Pessoas: transformá-los em agentes ativos de transformação cultural e para isso o acultramento desde a admissão, estratégias de desenvolvimento que garantam a retenção do conhecimento e aplicação do mesmo, empoderamento dos colaboradores para aplicar a cultura e ser multiplicador;
- Paciente: nível cultural e perfil da população atendida para desenvolvimento de estratégias de envolvimento e transformação do paciente em um agente ativo no autocuidado.

- Governança: o apoio e envolvimento da diretoria são fundamentais para o sucesso da transformação de uma cultura, os grandes gestores e líderes são os impulsionadores da cultura.
- Corpo clínico: envolver o corpo clínico e engajá-los nesse propósito é de suma importância considerando que o médico é o grande maestro da orquestra do cuidado.

Atrelado as variáveis mencionadas o grande diferencial que a Cultura de Segurança proporciona é o valor que está por trás dela, ou seja, um conjunto de atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos que determina o compromisso, o estilo e a proficiência no manejo da segurança dos pacientes nos serviços de saúde.

Nesse contexto, observou-se em um hospital privado do litoral catarinense que a cultura estava somente amarrada a gestão e que os resultados obtidos não estavam sendo tão satisfatórios considerando que todas as decisões partiam exclusivamente desse grupo e que por vezes precisavam se desdobrar diante de tantas questões do dia a dia não conseguindo dedicar atenção necessária a segurança do paciente.

Para estabelecer uma cultura e mantê-la, as pessoas são peça fundamental, então trazê-las para um formato de liderança colaborativa tem a capacidade de empoderar, gerar autoconfiança, responsabilizar e gerar empatia para a construção de uma cultura que possa ser transformada pelos próprios colaboradores (RAUB, 2021).

Criado por Hersey e Blanchard (1986) o modelo de liderança colaborativa, ou liderança situacional, acredita contribuir para o clima organizacional. Na liderança situacional cabe ao líder identificar a maturidade de seus liderados individualmente e também como grupo, e assim adotar um estilo de liderança para aquele determinado indivíduo e sua tarefa.

Desde 2018, o modelo de governança da instituição, baseado no empoderamento dos colaboradores tem sido o grande diferencial para o alcance dos resultados que demonstram a busca contínua pela qualidade na assistência prestada aos seus pacientes.

DESENVOLVIMENTO

Uma das formas de promover e apoiar a implantação de iniciativas voltadas à segurança do paciente é a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde. Os NSP devem promover a prevenção, controle e mitigação de incidentes, além da integração dos setores, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente (BRASIL, 2021).

Porém para que essa estratégia funcione é necessário primeiramente o apoio da direção para definir a qualidade e segurança do paciente como uma prioridade estratégica. Em seguida, cabe ao modelo de governança e liderança institucional operacionalizar da melhor forma possível essas estratégias para aumentar a qualidade e segurança assistencial.

Hersey e Blanchard (1986) definem liderança como o processo de influenciar as atividades de um indivíduo ou de um grupo para o alcance de um objetivo numa dada situação. Em toda situação em que alguém procura influenciar o comportamento de outro indivíduo ou grupo, há liderança. Sendo assim, percebe-se que a liderança é algo distinto do cargo, eu diria que se

trata de uma habilidade, para alguns nata e para outros desenvolvida ao longo da vida e das circunstâncias.

No hospital onde foi aplicado a liderança colaborativa para disseminação da cultura de segurança do paciente, algumas transformações foram necessárias. Fazendo uma breve retrospectiva, o modelo de gestão da governança até meados de 2017 era centralizado no gestor exatamente de acordo com a estrutura hierárquica, ou seja, apenas quem possuía um cargo de gestão atuava nas questões de qualidade e segurança do paciente. O Núcleo de Segurança do Paciente desse hospital pautava suas ações em 10 metas de segurança do paciente (além das seis internacionais, desdobramos algumas e inserimos outras que considerávamos frágeis de forma institucional), essas metas eram entregues em formato de contra crachá a todos os novos colaboradores no momento da integração, momento esse que é explanado o tema. O NSP era composto exclusivamente pela enfermeira da qualidade e gestores, as reuniões eram para discussão de eventos ocorridos no último período. Os métodos de divulgação eram realizados nos murais de gestão a vista. E basicamente todo incentivo para a disseminação da cultura era centralizada na equipe da qualidade.

Após constatar que dos 2.613 eventos registrados apenas 49% deles haviam sido analisados em 2017, 60,16% desses eventos eram near miss e 39,84% eventos adversos, considerou-se que esse cenário poderia melhorar se estivesse mais tangível para as equipes.

Sendo assim, para aumentar a segurança, de forma ousada e alinhada a governança, propus um modelo completamente disruptivo e fugindo inclusive das recomendações da ANVISA, que presa pela indicação da direção dos membros do NSP. Em janeiro de 2018, elaborei um edital para composição do NSP por qualquer colaborador, ao fechar o edital tínhamos cerca de 46 colaboradores inscritos além dos gestores. A partir daí uma série de desdobramentos foram feitos, dentre eles:

1. Criar um indicador estratégico (conforme estrutura do BSC) de monitoramento do setor da Qualidade, cujo título é, percentual de eventos concluídos no prazo. Considerando que no último ano havíamos tido resultados insatisfatórios o maior objetivo desse indicador é checar se os eventos estão sendo tratados.
2. Desdobrar o indicador estratégico da qualidade em tático para todas as áreas do hospital, esse indicador além de medir se todos os eventos estavam sendo analisados, ele possuía o objetivo de manter o comprometimento do gestor com as questões de segurança, ou seja, ele pode delegar as análises de evento porém o indicador de resultado desse processo, continuava sendo uma entrega da gestão.
3. Eleger junto aos gestores quem faria análise dos eventos adversos dentro de cada área e treinar esses colaboradores.

Considerando o cenário de mudanças, nesse primeiro ano mantivemos as estratégias e campanhas vinculadas ao setor da Qualidade convidando o NSP para participar.

Ao final do ano de 2018 obtivemos os seguintes resultados: 3.923 eventos registrados, 33% de aumento dos eventos registrados comparado ao ano passado, 68% dos eventos concluídos no prazo com maior participação e envolvimento dos colaboradores da operação e um aumento de mais de 15% nos near miss, ficando com 71,91% de todos os eventos e consequen-

temente reduzindo os eventos adversos.

No ano de 2019 o hospital iniciou um projeto de certificação internacional, junto desse processo algumas melhorias foram sugeridas e auxiliaram no amadurecimento da cultura.

Uma das estratégias foi a realização da pesquisa de cultura de segurança do paciente, que passou a ser aplicada anualmente no mês de janeiro. A pesquisa foi baseada no questionário da AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality, avaliando sete dimensões, cujo objetivo principal é avaliar a cultura de segurança a nível individual, por unidade/setor hospitalar e do hospital como um todo. São elegíveis a responder o questionário os profissionais que têm contato direto ou indireto com os pacientes, que trabalham no hospital, não se restringindo exclusivamente aos profissionais de saúde.

Sendo assim, para maior compreensão de todos, adaptamos o questionário e elaboramos um questionário para a equipe assistencial, outro para corpo clínico e para as equipes de áreas não assistenciais/apoio. Após a aplicação da pesquisa, criamos o indicador para registro do resultado por setor e elaboração de plano de ação. Apenas as variáveis que tiveram resultado inferior a 70% é obrigatório o desenvolvimento de plano de ação, aquelas que prevaleceram em todas as áreas abaixo de 70% a Qualidade assumiu os planos de ação bem como os planos de ação com o corpo clínico. Dentre as melhorias que perduram até os dias atuais foi o estímulo diferenciado ao corpo clínico para notificar um evento.

Como resultado geral da pesquisa utilizamos a média das notas bom e excelente da pergunta, avalie e segurança do paciente no hospital dando uma nota. Obtivemos em 2019 81,56%, em 2020 98,10%, já em 2021 96,66%, tivemos uma queda que atribuímos ao cenário pandêmico considerando que estávamos avaliando o ano anterior pois a pesquisa é aplicada em janeiro e em 2022 obtivemos 96,66%, mantendo o resultado e as mesmas variáveis com oportunidades de melhoria.

Vale ressaltar que mesmo em anos de pandemia, vivendo um cenário instável e cheio de incertezas, conseguimos manter um bom resultado na pesquisa de cultura de segurança, dentre outros indicadores de segurança do paciente que demonstram a cultura consolidada dentro da organização.

Destacando uma melhoria relevante a partir da pesquisa foi o incentivo para o médico notificar eventos, ou seja, para aumentar a adesão aos registros de evento, uma das estratégias foi ao notificar um evento que seja de um profissional médico, a equipe da qualidade após parametrizar seu sistema, recebe em tempo real um e-mail e SMS dizendo que houve um registro de evento por médico. Ao receber a notificação, enviamos um WhatsApp ao médico que registrou agradecendo seu registro e dizendo que em breve daremos uma devolutiva. A média de notificações de eventos pelo corpo clínico por mês em 2018 era de 10 e em 2019 chegou a 20/mês, demonstrando o desenvolvimento da maturidade institucional e efetividade das ações.

A pesquisa de cultura de segurança do paciente é um excelente termômetro, pois permite reconhecer potencialidades e fragilidades que direcionarão ações de melhorias de modo a construir uma cultura positiva e forte dentro das instituições de saúde. Quando a segurança é instituída como processo cultural, constata-se maior consciência profissional quanto à cultura de segurança do paciente e ao compromisso ético do gerenciamento de risco para o profissional e para o paciente (COSTA, D. *et al.*, 2018).

Além da pesquisa, outra estratégia mantida anualmente foi o lançamento do edital para inscrição no NSP. Em 2019 tivemos 69 colaboradores inscritos e que atuaram efetivamente.

A metodologia usada foi de reuniões mensais e discussão dos resultados das análises de eventos. Já a atuação para disseminação das metas de segurança foi direcionada e gerenciada pela Qualidade, porém executada pelo NSP. Todas as atividades foram de cunho educativo e informativo, trazendo de forma lúdica os temas.

As análises de eventos se mantiveram com as lideranças das áreas e obtivemos 3.472 eventos registrados (queda de 11,50% comparado ao ano de 2018), essa queda está justificada pois tínhamos muitos registros de situações que não se caracterizavam evento, porém elas foram mantidas no dado no ano anterior para manutenção de uma cultura que estava sendo estabelecida. Já em 2019, fizemos campanhas e distinguimos os conceitos para maior assertividade. Dos eventos registrados 76% foram concluídos no prazo, tivemos um aumento de 1,59% de near miss, chegando a 73,50% de todos os registros e redução de 1,59% dos eventos adversos (26,50%).

Considerando que o modelo de liderança colaborativa trouxe muitos ganhos para a manutenção da cultura mantivemos todas as estratégias já mencionadas nos anos subsequentes.

No ano de 2020 fizemos um incremento nas metas de segurança do paciente, e passamos de dez (10) para quinze (15) metas, sendo elas: identificação correta do paciente, higiene das mãos e controle de infecção, segurança na prescrição no uso e na administração de medicamentos, comunicação efetiva e registro seguro, prevenção de quedas, paciente envolvido com sua própria segurança, prevenção de lesões por pressão, cateteres e sondas conexões corretas, sangue e hemocomponentes administração segura, cirurgia segura, garantir a conciliação medicamentosa, segurança no uso de heparina, narcóticos e medicamentos de alta vigilância, prevenção de TEV, prevenção a broncoaspiração, prevenção do suicídio. O foco então do NSP foi a disseminação dessas metas.

Tendo em vista que em 2020 e 2021 as estratégias se mantiveram, segue os resultados do cenário de eventos: 2020 tivemos 2265 eventos registrados, uma queda de 34,7% comparado a 2019, que se justifica pela notificação mais assertiva dos eventos. Já em 2021 tivemos 2.546 eventos registrados. Dos eventos registrados em 2020, 87,46% foram analisados dentro do prazo estabelecido, demonstrando um aumento de 11,46%, já em 2021 tivemos 80% dos eventos analisados no prazo, uma queda de cerca de 7% comparado a 2020. Ao abrir o dado dos eventos obtivemos resultados ainda mais satisfatórios, observando que em 2020, 77,84% dos eventos eram near miss, 4,34% de aumento comparado a 2019. Já em 2021, tivemos 65,08% de near miss, ou seja, uma piora nos eventos adversos que atribuímos diretamente aos impactos da pandemia, ou seja, pacientes internados com uma doença nova (COVID-19) e seus agravos, terapias ainda em teste, pacientes muito graves e consequentemente mais invadidos por dispositivos e drogas.

Considerando todas as lições aprendidas que a pandemia nos trouxe, 2022 precisava ser diferente e direcionar o NSP para outras estratégias. Percebemos que as ações de conscientização elas foram importantes e indispensáveis até aqui, diante do momento vivido e pela saúde mental das equipes. Porém, precisávamos checar e revisar alguns processos para melhorar alguns resultados atrelados a segurança do paciente. Iniciamos o ano definindo meta para o Plano

de Segurança do Paciente que é reduzir em 20% os eventos com dano seja ele temporário ou não. Para transformar e sustentar os resultados precisávamos de uma estratégia que permitisse esse olhar para melhoria contínua.

As auditorias de segurança do paciente têm por objetivo a detecção precoce dos riscos de eventos adversos através da verificação da aplicação das barreiras de segurança estabelecido nos protocolos, cujo objetivo é promover melhorias contínuas na segurança do paciente (HANSKAMP-SEBREGTS, *et al.*, 2013).

Segundo o Manual da ONA (organização nacional de acreditação) 2022, inclui como requisito a sistemática de auditorias dos processos alinhadas à Política de Gestão da Qualidade e a implantação de melhorias a partir dos resultados (ONA, 2022).

Fica evidente o quanto as auditorias podem ser usadas para revisão e melhoria dos processos. Dessa forma, selecionamos algumas metas de segurança e criamos um check list curto e de fácil aplicação. O instrumento é composto pela checagem de cinco (5) metas de segurança, sendo elas: identificação correta do paciente, adesão a higiene das mãos, segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, prevenção de quedas e prevenção de broncoaspiração. Cada meta possui um grupo de variáveis mínimas de cumprimento para considerar efetivo ou não o protocolo de segurança.

Esses check lists ficam disponíveis em um App utilizado pela organização para auditorias. Os colaboradores do NSP foram apresentados a ferramenta e a proposta foi que em seu próprio plantão ao longo de um mês cada membro do núcleo tinha a meta de auditar 10 colaboradores. O objetivo dessa atividade é identificar a partir das observações dos colaboradores como estavam a aplicação das medidas de segurança definidas nos protocolos institucionais, para que após as auditorias possamos analisar e cruzar as informações com a incidência de eventos.

Para medição de resultados, a qualidade junto ao NSP alterou as métricas de segurança, onde media apenas incidência e passamos a medir efetividade da aplicação dos protocolos. Segue alguns resultados: foram 509 avaliações no período de abril a setembro. Dessas avaliações cada protocolo de segurança obteve uma média de assertividade, sendo:

- Identificação correta do paciente – 84%.
 - Ao avaliar os itens que compõe essa avaliação de efetividade temos:
 - Paciente com pulseira de identificação – 99,31%;
 - Conferencia de no mínimo 2 marcadores de identificação nas abordagens com o paciente – 89,02%; e com
 - Paciente orientado sobre o protocolo de identificação – 83,29%.
- Higiene das mãos e controle de infecção – 82,08%;
 - Antes de tocar o paciente = 89,61%;
 - Antes de realizar procedimento limpo = 95,37%;
 - Após risco de exposição a fluídos corporais = 95,33%;
 - Após tocar o paciente = 95,33%;

- Após tocar superfícies próximas ao paciente = 85,26%;
- Segurança na Prescrição no Uso e na Administração de Medicamentos – 74,83%;
 - Conferiu a identificação do paciente = 92,22%;
 - Perguntou se o paciente possui alguma alergia = 87,68%;
 - Informou ao paciente qual medicamento será administrado = 93,37%;
 - Informou qual o efeito esperado = 76,13%;
 - Prevenção de Quedas – 71%;
- Paciente identificado com pulseira de queda = 93,02%;
 - Todas as grades elevadas = 96,51%;
 - Cama no nível mais baixo = 78,20%;
 - Campainha ao alcance do paciente = 77%;
 - Paciente orientado sobre o risco de queda = 95,47%;
- Prevenção de Broncoaspiração – 88,45%
 - Cabeceira da cama elevada = 96,21%
 - Paciente/acompanhante orientado = 95,09%
 - Consistência dos alimentos adequada = 97,05%
 - Higiene oral realizada = 88,6%

Realizando uma análise dos resultados, os protocolos com maiores oportunidades são os de prevenção de quedas e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Como plano de ação relacionado ao protocolo de prevenção de quedas, reunimos a equipe da UTI, que foi uma das equipes com maior número de avaliações no setor, ao analisar a questão de cama no nível baixo, variável com assertividade baixa no setor, percebemos que os pacientes da UTI por estarem em sua grande maioria entubados e sedados o risco maior é queda na manipulação dele, segundo fator analisado é a questão ergonômica, pois na UTI devido ao contato frequente a beira leito a altura da cama no nível médio a alto facilita a assistência, uma situação trazida também foi o risco de perda de dispositivos por erguer e abaixar a cama com frequência. Após essa análise e discussão, percebemos que para os pacientes da UTI sedados iremos manter as camas no nível ergonômico e não no nível mais baixo. Então revisamos o protocolo e definimos uma intervenção diferente para os pacientes da UTI entubados.

Com relação a segurança na cadeia medicamentosa, faremos uma reunião extraordinária com o NSP e convidando alguns colaboradores da equipe operacional da farmácia e enfermagem e avaliaremos os resultados da auditoria, número de eventos relacionados a esse processo e protocolos de segurança. O primeiro passo será a revisão do protocolo e adequação do mesmo para posterior treinamento para as equipes.

Para demonstrar todo esse trabalho, trago um comparativo dos resultados dos primei-

ros semestres de 2021 e 2022. Com relação ao volume de eventos registrados, 2021 tivemos 1.314, já em 2022 1.135. Olhando para o percentual de eventos analisados no prazo, saímos de 75,97% em 2021 para 83,41% em 2022. Ao falar de impacto dos eventos, tivemos em 2021 34,3% de eventos adversos e 65,7% de near miss e em 2022, 21,8% de eventos e 78,2% near miss. Percebe-se aqui, mais uma vez uma mudança nos resultados de forma positiva.

Todo o desenvolvimento desse trabalho e a manutenção dos seus resultados só é possível pelo nível de engajamento dos colaboradores que se sentem pertencentes e responsáveis pela cultura de segurança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja um tema recente no Brasil, se considerarmos que apenas em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com suas diretrizes e recomendações, considero que em um curto espaço de tempo fomentamos uma cultura dentro da organização de saúde de forma que demonstra um resultado consolidado de suas boas práticas.

O mais relevante é que podemos a partir de um Programa Nacional instituir dentro do nosso cenário o que melhor se adequa e recriar um modelo que possa atingir o objetivo global. E foi isso que fizemos, envolvemos as pessoas que estão lá no contato diário com o paciente para pensar e desdobrar as estratégias de segurança.

A lição aprendida é que liderança não é um cargo e sim um papel que se ocupa, e quando trazemos isso de forma colaborativa para nossas equipes isso se torna grandioso e transformador.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cultura de Segurança do Paciente. Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente>. Acessado em: 05 de outubro de 2022.

BRASIL. Núcleo de Segurança do Paciente, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/nucleo-de-seguranca-do-paciente>. Acessado: 06 outubro de 2022.

COSTA, D. *et al.* Cultura de Segurança do Paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. Florianópolis: 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/#:~:text=A%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20cultura%20de%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente,positiva%20e%20forte%20dentro%20das%20institui%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde>. Acesso em: 21 de agosto de 2022.

HANSKAMP-SEBREGTS, M. *et al.* Effects of auditing patient safety in hospital care: design of a mixed-method evaluation. Junho de 2013. Disponível em: Effects of auditing patient safety in hospital care: design of a mixed-method evaluation | BMC Health Services Research | Full Text (biomedcentral.com). Acesso em: 10 de outubro de 2022.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional. São Paulo: EPU, 1986.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. Manual ONA para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS), 2022.

STEFFEN, Raub. Liderança colaborativa: como promover o empoderamento da equipe. 2021. Disponível em: <https://exame.com/bussola/lideranca-colaborativa-como-promover-o-empoderamento-da-equipe/>. Acesso em: 21 de agosto de 2022.



**Apoio Matricial em saúde mental na
atenção primária – da concepção
aos desafios: revisão integrativa da
literatura**

**Matrix support in mental health in
primary care - from conception to
challenges: integrative literature
review**

José Suwa de Oliveira
Nivaldo Sales de Amorim Neto
Neicy Arraes Suwa
David Lopes Neto

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.4

RESUMO

INTRODUÇÃO: O matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica no campo da saúde mental. **OBJETIVO:** Sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre a prática de matriciamento em saúde mental na atenção primária, com base nas diretrizes do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde. **MÉTODO:** Revisão integrativa da literatura, considerando publicações do período de 2011-2020. Foram utilizadas como fontes de informações as bases de dados LILACS, BDNF, Index Psi, IBICS e MEDLINE. Usou-se os descritores controlados “pessoal da saúde”, “saúde mental”, “atenção primária à saúde” e a palavra-chave “apoio matricial”, nos idiomas português, inglês e espanhol. **RESULTADOS:** Foram selecionados 05 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. Sendo que 60% evidenciaram a importância do matriciamento em saúde mental, 80% contemplam os instrumentos terapêuticos e intervenções, 100% vivenciam as situações mais comuns da saúde mental na APS e 100% destacaram as dificuldades das equipes da APS em entenderem o que é matriciamento e o excesso de demandas para a ESF como os principais desafios para a prática do matriciamento na atenção primária. **CONCLUSÃO:** As conclusões de todos os artigos, apontam que a concepção dos profissionais da atenção primária à saúde sobre matriciamento em saúde mental ainda não está clara e há muitas incertezas e expectativas equivocadas por parte desses profissionais. As escassas definições identificaram a relevância do apoio matricial como uma estratégia de descentralização e desresponsabilização dos serviços especializados no atendimento em saúde mental.

Palavras-chave: pessoal da saúde. saúde mental. atenção primária à saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Matrix support is a way of producing health in which two or more teams, in a process of shared construction, create a proposal for pedagogical-therapeutic intervention in the field of mental health. **OBJECTIVE:** To summarize results obtained in research on the practice of mental health matrix support in primary care, based on the guidelines of the Practical Guide to Matrix support in Mental Health of the Ministry of Health. **METHOD:** Integrative review of the literature, considering publications from 2011-2020. LilacS, BDNF, Index Psi, IBICS and MEDLINE databases were used as information sources. The controlled descriptors “personal health”, “mental health”, “primary health care” and the keyword “matrix support” were used in the Portuguese, English and Spanish languages. **RESULTS:** We selected 05 articles that met the inclusion criteria. Since 60% showed the importance of matrix support in mental health, 80% contemplate therapeutic instruments and interventions, 100% experience the most common mental health situations in PHC and 100% highlighted the difficulties of PHC teams in understanding what matrix support is and the excess demands for the ESF as the main challenges for the practice of matrix support in primary care. **CONCLUSION:** The conclusions of all articles indicate that the conception of primary health care professionals about mental health matrix support is still unclear and there are many uncertainties and erroneous expectations on the part of these professionals. The few definitions identified the relevance of matrix support as a strategy of decentralization and de-responsibility of specialized services in mental health care.

Keywords: health personnel. mental health. primary health care.

INTRODUÇÃO

O matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, sendo geralmente uma equipe de apoio matricial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma ou mais equipes de referência da Estratégia Saúde da Família (ESF) que estão inseridas na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2011).

No contexto da APS, o suporte matricial em saúde mental se caracteriza por meio do diálogo e da troca de experiências e vivências entre a equipe especializada ou de apoio matricial, composta pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e pela equipe de referência ou equipe do território, por sua vez, composta pelos profissionais da equipe da ESF, que possuem dúvidas ou, por vezes, receio em conduzir casos de saúde mental na comunidade (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Com a finalidade de proporcionar suporte as equipes da APS, as práticas de apoio matricial podem ser entendidas como encontros para a construção e a troca de saberes entre profissionais, em que são discutidas e utilizadas ferramentas de saúde mental para a resolução de casos complexos, desmistificando a ideia equivocada de apoio matricial como trocas de encaminhamentos entre a APS e os especialistas (MACHADO; CAMATTA, 2013).

A APS deve ser entendida como porta preferencial de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. Para atender esses princípios, a APS desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Quando uma equipe ou um profissional de apoio matricial se encontra com uma equipe de referência, o que se pretende é que o apoio matricial proporcione suporte técnico especializado a equipe de referência na implementação de um projeto terapêutico para um sujeito, família ou comunidade, que necessita de intervenção em saúde, o qual a equipe de referência, também a princípio, teve dificuldades de realizar (OLIVEIRA, 2010).

Deste modo o apoio matricial pode ser entendido como um arranjo organizacional pautado na realidade do território, o qual fomenta uma nova forma de se fazer saúde a partir da troca de conhecimentos e integração dialógica entre as equipes de referência da atenção primária e os profissionais de saúde mental que atuam como matriciadores (GONÇALVES; PERES, 2018).

Em seu estudo, Gurgel *et al.* (2017) definem o apoio matricial como uma estratégia inovadora capaz de ampliar os conhecimentos sobre as ferramentas de cuidado em SM e contribuir para que haja capacidade resolutiva e autonomia das equipes da ESF na APS, evidenciando a importância de uma responsabilização dos profissionais na assistência em saúde mental, através de uma capacitação que lhes permita compreender e colocar em prática ações que vão além de prescrições.

No entanto, mesmo que se suponha uma rede de trabalho compartilhado pelas equipes de referência e de apoio matricial, isso não implica que as práticas de apoio matricial por intermédio de encontros colaborativos entre elas estejam bem definidas, nem tão pouco, que

o entendimento acerca das práticas de matriciamento como lógica de articulação da rede seja unívoca ou conduza ao sucesso da estratégia de gestão em rede, e em decorrência da dificuldades teóricas e práticas sobre o apoio matricial, e das dificuldades de estabelecer o trabalho em equipe multiprofissional para atuar sobre os casos em saúde mental, diferentes práticas surgem simultaneamente com seus desafios, obstáculos e conflitos (MEDEIROS, 2015).

Na realidade, a grande maioria dos usuários percorrem vários dispositivos de atenção à saúde em busca de cuidados e não veem suas necessidades atendidas no que corresponde ao acolhimento em saúde mental, já que os CAPS têm por prerrogativa atender e acompanhar pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, ficando os demais casos, tais como depressão leve e moderada, ansiedade e esquizofrenia estáveis, sob responsabilidade da APS (MACHADO; CAMATTA, 2013).

Nesse sentido a APS é um importante aliado no cuidado aos indivíduos com transtornos mentais, pois grande parte dos usuários encaminhados aos serviços especializados não possuem uma demanda específica que confirme uma atenção especializada. Sendo assim, indivíduos com transtornos mentais leves podem ser cuidados e ter acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Como pergunta de pesquisa: Como o profissional da atenção primária à saúde desenvolve a prática de matriciamento em saúde mental com base nas diretrizes do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde?

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado por meio de uma revisão integrativa da literatura. Para o desenvolvimento desta revisão integrativa de literatura, percorreu-se seis etapas:

Etapa 1. Identificação do tema e Formulação da pergunta de pesquisa

A construção da pergunta de pesquisa foi embasada na estratégia PICO que representa um acrônimo para População (Profissional da saúde), Interesse (Saúde Mental), Contexto (Atenção Primária à Saúde) e “Outcomes” (desfecho) (Apoio Matricial). Esses quatro componentes foram os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da formulação da pergunta para a busca bibliográfica. Deste modo, a pergunta de pesquisa que norteou este estudo foi:

Como o profissional da atenção primária à saúde desenvolve a prática de matriciamento em saúde mental com base nas diretrizes do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde?

Etapa 2. Seleção da amostragem e fixação de critérios de inclusão e exclusão

A amostragem foi o segundo passo para implementação do estudo de revisão integrativa. Esta etapa determinou quais seriam os estudos primários relevantes. Dessa forma, subdividimos essa etapa em: a) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; b) identificação dos descritores; c) busca nas bases de dados e d) seleção dos estudos (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

a) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão

A pergunta de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão, previamente estabelecidos, foram os eixos norteadores para manter a coerência na busca e na seleção dos estudos primários (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Como **critérios de inclusão**, foram considerados artigos na íntegra, publicados em português, inglês e espanhol, que apresentavam a temática pesquisada, contendo os descritores “Saúde Mental/Mental Health/Salud Mental; Atenção Primária à Saúde/Primary Health Care/Atención Primaria de Salud; Pessoal da Saúde/Health Personnel/Personal de Salud e a palavra-chave “Apoyo Matricial/Matrix Support/Apoyo Matriz”. Ressalta-se que o termo apoio matricial ou matriciamento tem o mesmo significado e é uma terminologia cunhada, em 2003, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p.80), publicados de dezembro de 2011 a dezembro de 2020, sendo a escolha de 2011 por ser o período inicial marcado pela instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria MS/GM n° 3.088, de 23/12/2011 (BRASIL, 2011) e terminalidade em 2020 para configurar um período de nove anos de publicações.

Como critérios de exclusão foram considerados os artigos que não apresentavam relação com o objeto de estudo; relatos de experiências, estudos de casos, trabalhos monográficos de conclusão de curso de graduação, dissertações de mestrado, teses de doutorados, resumos publicados em anais de eventos, livros e capítulos de livros e, artigos em duplicação foi considerado apenas a publicação em uma base de dados.

b) Identificação dos descritores e palavras-chave

Foram considerados descritores controlados do Descritores em Ciências da Saúde – DeCS e do *Medical Subject Headings* - MeSH operacionalizado pela descrição e respectivos sinônimos estabelecidos e associados por meio do operador booleano (delimitador) and. Nesta revisão, conforme já descrito, optou-se pelos descritores e seus sinônimos nos idiomas português, inglês e espanhol, identificados e analisados no portal da BVS por meio da consulta dos DeCS/ MeSH.

c) Busca nas bases de dados e/ou bibliotecas virtuais

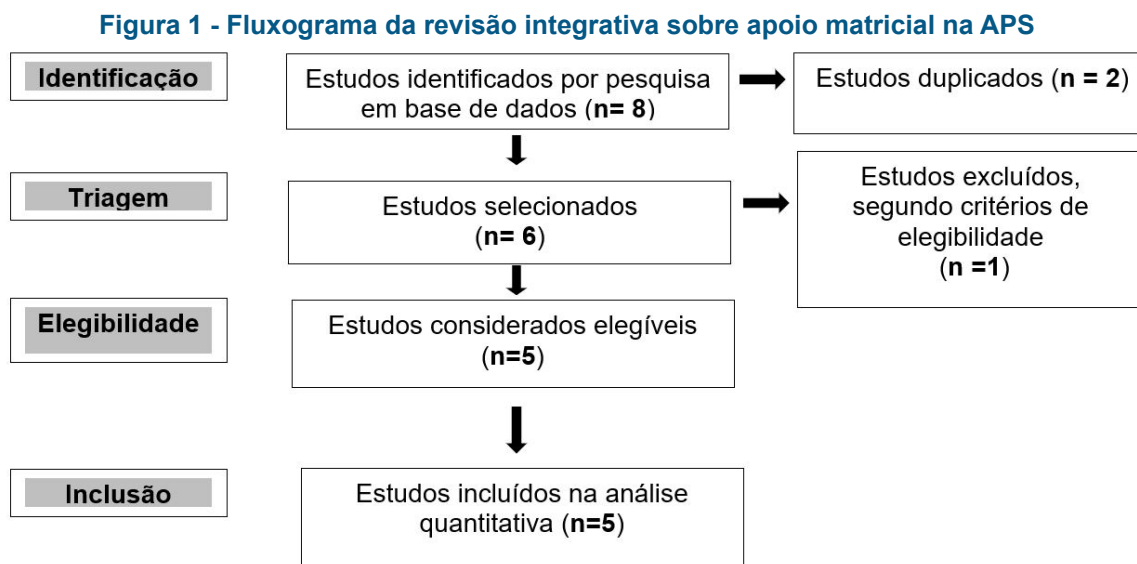
A busca dos estudos primários ocorreu em dezembro de 2020. Optou-se pela busca na Biblioteca Virtual em Saúde do portal Regional da BVS (<https://bvsalud.org>), utilizando a busca avançada do formulário eletrônico de construção das expressões de busca avançada do formulário eletrônico de construção das expressões de busca disponibilizado no portal.

As bases de dados utilizadas para pesquisa de artigos científicos foram: LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org>), Base de Dados de Enfermagem – BDENF (<http://bases.bireme.br>), Index Psi Periódicos – INDEX PSI (<http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/?IisScript=iah/iah.xix&lang=P&base=INDEXPSI>), Índice Bibliográfico Español em Ciencias de la Salud – IBECS (<https://ibecs.isciii.es>) e MEDLINE (medline.bireme.br).

Para pesquisa de literatura, utilizou-se a estratégia de busca com os mesmos descritores controlados e palavra-chave, respectivamente, nas bases de dados selecionadas para este trabalho, operacionalizada pela estratégia detalhada de pesquisa: (pessoal da saúde) AND (saúde mental) AND (atenção primária à saúde) AND (apoio matricial).

d) Seleção dos estudos

Na primeira análise seletiva, após a leitura do título dos estudos primários, selecionou-se (n= 06) artigos, nessa etapa, foram excluídos os trabalhos que apresentaram repetição em duas ou mais bases de dados (n=02). Na segunda análise, por meio da leitura dos resumos dos artigos com textos completos, foi excluído um artigo (n=01) nessa etapa, haja vista que se tratava de uma tese de doutorado, ficando selecionados 05 artigos para compor o corpus da revisão integrativa de literatura (Figura 1).



Etapa 3. Categorização dos estudos por meio de extração de dados dos estudos primários

Para a coleta de dados dos artigos incluídos na revisão integrativa, utilizou-se um instrumento elaborado por Ursi e Gavão (2006) (Anexo A).

Etapa 4. Avaliação dos artigos e análise crítica dos dados

Os artigos selecionados foram analisados de forma crítica e detalhada, buscando-se explicar os resultados análogos e que se diferenciavam. Nessa etapa, adotou-se a classificação dos níveis de evidência científica da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (CLAIR, 2005), dispostos em seis níveis: (I) evidências resultantes de metanálise e revisão sistemática; (II) evidências obtidas em ensaios clínicos com randomização; (III) evidências obtidas em ensaios clínicos sem randomização; (IV) evidências de estudos de coorte e de caso-controle; (V) evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; (VI) evidências baseadas em estudo descritivo ou qualitativo.

Etapa 5. Discussão e explanação dos resultados

A análise dos dados obtidos na pesquisa foi feita de forma descritiva e analisada sob a luz do referencial teórico que embasou esse trabalho, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa, de forma a atingir o objetivo desse estudo.

Etapa 6. Exposição geral da revisão integrativa

As informações foram organizadas e sumarizadas de forma geral por meio de categorias

temáticas a partir do agrupamento de temas abstraídos do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, do Ministério da Saúde (2011) – concepção de matriciamento em saúde mental, instrumentos terapêuticos e intervenções, situações mais comuns da saúde mental, descrição de matriciamento e identificação de desafios para a prática do matriciamento na atenção primária.

RESULTADOS

Foram encontrados 08 artigos nas bases de dados, a saber: 50% LILACS, 25% BDNF, 12,5% INDEX PSI, 00% IBICS e 12,5% MEDLINE. Pautando-se nos critérios de elegibilidade e na análise detalhada das publicações, 03 artigos não atenderam aos critérios, equivalendo a: 25% duplicados e 12,5% tese de doutorado. Frente ao exposto, nesta revisão, foram habilitados cinco artigos, que estão sumarizados na figura 1.

A população investigada nos manuscritos foi majoritariamente de profissionais da saúde que atuavam na atenção primária à saúde, notadamente, na estratégia saúde da família (58%). Houve estudos com outros profissionais especialistas das áreas estratégicas como as policlínicas e Centros de Atenção Psicossocial (42%).

Em relação às categorias temáticas formuladas com base no Guia prático de saúde mental do Ministério da Saúde, 60% evidenciaram a importância do matriciamento em saúde mental como ferramenta para o manejo de situações complexas na APS, 80% contemplam os instrumentos terapêuticos e intervenções psicossociais conjuntas, 100% relataram vivenciar as situações mais comuns da saúde mental no território e 100% destacaram as dificuldades em entenderem o que é matriciamento e o excesso de demandas para a ESF como os principais desafios para a prática do matriciamento na atenção primária.

As conclusões de todos os artigos, apontam o matriciamento em saúde mental como um novo modo de fazer saúde no território, realizado conjuntamente por duas ou mais equipes, respeitando a realidade e a vivência de cada área e o cotidiano da comunidade, onde o vínculo estabelecido, promove o enriquecimento das intervenções terapêuticas através das trocas de saberes e experiências, potencializando o cuidado na atenção básica e superando a lógica dos encaminhamentos desnecessários, visando a melhoria do cuidado e a autonomia das equipes.

DISCUSSÃO

Nas bases de dados pesquisadas foram encontrados diversos estudos que apontam a importância do apoio matricial na condução de casos complexos de saúde mental na APS. Os profissionais referem que, mediante o apoio dos especialistas, conseguem atender as demandas em saúde mental, qualificando as ações das equipes, tendo as discussões de casos e as consultas conjuntas como as principais ferramentas utilizadas para assistir os casos mais comuns vivenciados pela prática do matriciamento e destacando as dificuldades em entenderem o que é matriciamento, o excesso de demandas para a ESF e a rotatividade de profissionais como os principais desafios para a prática do apoio matricial na atenção primária.

Os dados coletados evidenciam que o processo de trabalho contempla o atendimento e a intervenção conjunta, com intercâmbios entre as equipes da ESF e a equipe de apoio matricial na avaliação e orientação de condutas do caso, permanecendo o caso sob o cuidado da equipe

de referência no território.

Os profissionais que compõem a equipe da ESF consideram o Apoio Matricial uma ferramenta muito importante para a condução de situações e o cuidado em saúde mental na APS, tendo como principais demandas os transtornos mentais comuns, como os quadros ansiosos e depressivos, e a vivência de uma realidade ainda medicalocêntrica voltada para terapêutica unicamente medicamentosa evidenciada pela lógica cíclica das renovações de receitas controladas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síntese realizada mostrou que pesquisas sobre a prática de matriciamento em saúde mental na atenção primária, com base nas diretrizes do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde ainda são incipientes.

Os estudos mostraram que a concepção dos profissionais da atenção primária à saúde sobre matriciamento em saúde mental ainda não está clara e há muitas incertezas e expectativas equivocadas por parte desses profissionais. As escassas definições identificaram a relevância do apoio matricial como uma estratégia de descentralização e desresponsabilização dos serviços especializados no atendimento em saúde mental, tornando necessário um maior aprofundamento sobre as diferentes perspectivas e entendimentos sobre o processo.

Houve significativa aplicação de instrumentos terapêuticos do tipo reunião técnica periódica e regular, com a finalidade de discutir casos complexos, principalmente nas intervenções relacionadas aos projetos terapêuticos singulares.

As situações mais comuns da saúde mental evidenciadas na atenção primária. Foram os transtornos mentais comuns (TMC) como ansiedade e depressão, mas outras demandas também foram mencionadas, como a de usuários que procuraram o atendimento para renovação de receita controlada, uso de álcool e outras drogas e até mesmo situações de ideação suicida.

Como desafios para a prática do matriciamento na atenção primária, especialmente na Estratégia de Saúde da Família e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família na APS, foram apontados pelos profissionais de saúde, a rotatividade de profissionais e o excesso de demandas desenvolvidas no cotidiano assistencial, o que expressa um entendimento equivocado de mais trabalho atribuído a eles e imposto pelo serviço especializado.

Ao final pode-se inferir que o apoio matricial mostra potência de transformação de saberes e práticas, visando descentralizar e qualificar as ações de saúde mental, oportunizando autonomia e protagonismo das equipes da ESF no cuidado e condução dos casos no território.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-Lei nº. 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, de 6 de abril de 2001. Acesso em 15 de março de 2019. <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde (2011). CHIAVERINI, D. H. (Ed.), GONÇALVES, D. A., BALLESTER,

D., TÓFOLI, L. F., CHAZAN, L. F., ALMEIDA, N., & FORTES, S. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (2017). Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em 20 de março de 2019. <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 18 jan. 2020.

Clair JS. A New Model of Tracheostomy Care: Closing the Research–Practice Gap. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, *et al.*, editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 3: Implementation Issues)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb. Table 1, AHRQ scale of research grades and levels. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20542/table/A5857/>

GONCALVES, Rafael Camilo; PERES, Rodrigo Sanches. Matriciamento em saúde mental: obstáculos, caminhos e resultados. *Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto*, v. 19, n. 2, p. 123-136, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702018000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 27 abr. 2019.

GURGEL, Anne Larissa Lima Guimarães *et al.* Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial [Mental health care in the family health strategy: the experience of matrix support]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 25, p. e7101, abr. 2017. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7101>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

MACHADO, Dana Karine de Sousa; CAMATTA, Marcio Wagner. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. *Cad. Saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 224-232, jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2013000200018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200018>.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, dez, 2015. disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000401165&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 29 abr. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400007>.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 273-296.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002009000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 11 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>.

URSI, Elizabeth Silva; GAVAO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124-131, Feb. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>

Anexo A. Formulário Ursi e Galvão (2006)

A. Identificação	
Título do artigo:	
Título do periódico:	
Autores	Nome: _____ Local de trabalho: _____ Graduação _____
País:	
Idioma:	
Ano de publicação:	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital ()	
Universidade ()	
Centro de pesquisa ()	
Instituição única ()	
Pesquisa multicêntrica ()	
Outras instituições ()	
Não identifica o local ()	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem ()	
Publicação médica ()	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa () Abordagem quantitativa () Delineamento experimental () Delineamento quase-experimental () Delineamento não-experimental () Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa () Revisão de literatura () Relato de experiência () Outras _____
2. Objetivo e/ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção () Randômica () Conveniência () Outra _____ 3.2 Tamanho (n) () Inicial _____ () Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão _____

4. Tratamento dos dados:	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () _____ 5.4 Instrumento de medida: sim () não () _____ 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção: _____
6. Resultados:	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico: _____ 7.2 Nível de significância: _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados 8.2 Quais são as recomendações dos autores
9. Nível de evidência:	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	



Atuação da equipe de enfermagem na segurança do paciente na atenção primária: uma revisão narrativa da literatura

Performance of the nursing team in patient safety in primary care: a narrative review of the literature

Jocilene da Silva Paiva
Manuela Gomes dos Santos
Edmara Chaves Costa
Vitória Talya dos Santos Sousa
Terezinha Almeida Queiroz
Ana Marília Ancelmo Oliveira Lima
Maria Juliana Nobre da Silva Batista
Samara dos Reis Nepomuceno
Windjaba Margarida Siga Gomes
Maria Rayssa do Nascimento Nogueira

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.126.5

RESUMO

A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde, pois compreende ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos aos quais os pacientes estão expostos. Diante disso, o objetivo deste estudo é descrever como deve ser a atuação da equipe de enfermagem na segurança do paciente na atenção primária à saúde. Trata-se de uma revisão narrativa sobre o tema atuação da equipe de enfermagem na segurança do paciente na atenção primária. A segurança do paciente é um critério de grande relevância no âmbito da atenção primária à saúde, receber assistência de saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura com a satisfação do paciente em todo o processo. A equipe de enfermagem é peça fundamental do cuidado, pois está ao lado do paciente prestando desde cuidados simples aos mais complexos. Conclui-se que a equipe de enfermagem tem um papel de grande relevância na segurança do paciente na APS e que é fundamental incluir toda a equipe nos treinamentos e ações voltadas à segurança do paciente.

Palavras-chave: atenção primária à saúde. equipe de enfermagem. segurança do paciente.

ABSTRACT

Patient safety is an essential element for the quality of health care, as it comprises actions that aim to manage and prevent risks to which patients are exposed. Therefore, the objective of this study is to describe how the nursing team should act in patient safety in primary health care. This is a narrative review on the theme of the nursing team's role in patient safety in primary care. Patient safety is a criterion of great relevance in the scope of primary health care, receiving quality health care is an individual's right and health services must offer care that is effective, efficient and safe with patient satisfaction. throughout the process. The nursing team is a fundamental part of care, as it is next to the patient, providing from simple to more complex care. It is concluded that the nursing team has a very important role in patient safety in PHC and that it is essential to include the entire team in training and actions aimed at patient safety.

Keywords: primary health care. nursing. team. patient safety.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema que está em evidência mundialmente nos últimos anos, em especial, na última década. Tendo grande relevância para qualidade do cuidado, assumiu importância pelos profissionais de saúde que buscam proporcionar cuidados seguros e eficientes aos pacientes (BRASIL, 2022).

A segurança do paciente é um elemento essencial à qualidade da assistência à saúde, pois compreende ações que objetivam gerenciar e prevenir riscos aos quais os pacientes estão expostos. Deste modo, a segurança se configura como redução estratégica e contínua do potencial danoso no processo assistencial (RAIMONDI, 2019).

Diante disto, a segurança do paciente configura-se como um critério de grande relevân-

cia no âmbito da APS, receber assistência de saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente e segura com a satisfação do paciente em todo o processo (BRASIL, 2022).

Neste sentido, é fundamental disseminar a cultura de segurança que é conceituada como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, com vistas a substituir a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde em todos os serviços, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2013).

AAPS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2022).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), e o primeiro ponto de contato entre os pacientes e os serviços. O SUS, criado pela Constituição Federal brasileira, em 1988, foi definido com princípios universalistas e igualitários, na concepção de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, é organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade (BRASIL, 2022).

De acordo com o ministério da saúde, as atividades da atenção primária são realizadas por uma equipe multiprofissional com a seguinte composição mínima: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem também fazer parte desta composição os profissionais de Saúde Bucal incluindo cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2022).

Neste contexto o enfermeiro é o profissional responsável pela supervisão da equipe técnica e pelo planejamento das ações de enfermagem na APS no que se refere à disponibilização de recursos materiais adequados e seguros, e também pela realização de capacitações para a equipe de enfermagem e promoção de condições, tanto de trabalho como ambientais adequadas para a realização do cuidado, garantindo a segurança para o paciente (CAVALCANTE *et al.*, 2015).

Sabe-se que, apesar de fundamentais, os treinamentos e capacitações da equipe, a segurança e qualidade do cuidado não está relacionada somente a qualificação profissional, pois outros fatores que afetam os processos assistenciais como recursos materiais suficientes e estrutura adequada (MORAES; AGUIAR, 2020).

Porém algumas barreiras ou limitações são encontradas no desenvolvimento de estratégia de segurança na perspectiva de profissionais de enfermagem, estas envolvem: a profissão como barreira corporativa; a organização e infraestrutura da assistência hospitalar; variabilidade clínica, escassez de protocolos e ausência de liderança; recursos materiais escassos; inadequação de proporção de profissionais e falta de trabalho em equipe; pressão assistencial e tempo; falta de incentivos e motivação; ausência de indicadores confiáveis de segurança. Diante disto,

a segurança do paciente configura-se como um dos maiores desafios para a excelência da qualidade no serviço de saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Desta forma, o profissional de enfermagem é importante na promoção da segurança do paciente durante a assistência, devido ao fato de ser este profissional responsável por coordenar a assistência de enfermagem prestada. É crescente o número de enfermeiros que atuam nas instituições, cuidando dos pacientes durante as 24 horas (CESTARI *et al.*, 2017)

Segurança do paciente é um tema de grande relevância nas instituições de saúde, buscando assegurar um atendimento seguro e de qualidade nas instituições. É necessário estudar sobre esse assunto e colocá-lo em prática em todos os níveis de atenção. A equipe de enfermagem desempenha um papel de grande importância em diversos serviços de saúde, diante disto torna-se relevante estudar sobre a atuação da equipe de enfermagem na segurança do paciente no âmbito da atenção primária. Diante do exposto surgiu o seguinte questionamento: Como a equipe de enfermagem deve atuar para promover a segurança do paciente na atenção primária à saúde?

Desta forma, o objetivo deste estudo é descrever como deve ser a atuação da equipe de enfermagem na segurança do paciente na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa sobre o tema atuação da equipe de enfermagem na segurança do paciente na atenção primária. A Revisão Narrativa de Literatura - RNL permite resumir o conhecimento, caracterizando as produções sobre o assunto que se deseja estudar (BRUM *et al.*, 2015). Neste tipo de revisão, utilizam-se publicações amplas, para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto sob o ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007).

Para conseguir o entendimento do tema foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: Como a equipe de enfermagem deve atuar para promover a segurança do paciente na atenção primária à saúde? Neste sentido foram realizadas as buscas dos artigos científicos publicados nas bases de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Lilacs e Medline. Usando os seguintes descritores: equipe de enfermagem (*Nursing, Team*), segurança do paciente (*Patient Safety*), atenção primária à saúde (*Drugs for Primary Health Care*).

Para elaboração da presente questão foram seguidas as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa, seleção dos artigos e estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, leitura dos artigos que constituíram a amostra e interpretação dos resultados. A busca foi realizada em abril de 2022. Os critérios de inclusão foram artigos completos disponíveis eletronicamente e que respondessem à questão de pesquisa. Foram excluídos os artigos que não tratavam da temática e artigos publicados a mais de 10 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise dos artigos na íntegra, foi utilizado um quadro para extração dos dados, composto pelas variáveis: título, ano de publicação, objetivo, tipo de estudo e resultados. Basea-

do em 7 artigos selecionados que foram publicados entre 2014 e 2021, com estruturas literárias unificadas ao tema proposto tendo ênfase em estratégias para promoção e prevenção na segurança do paciente sobre o tema.

Quadro 1 - Dados extraídos dos artigos selecionados. Pacajus, CE, 2022.

TÍTULO	ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
Ações de enfermagem que promovem a segurança do paciente no âmbito hospitalar	2021	O objetivo do estudo foi identificar quais estratégias são implementadas pelos enfermeiros na área hospitalar para garantir a segurança do paciente	Trata-se de uma revisão integrativa da literatura;	No que se refere a administração de medicamentos, a enfermagem desempenha um papel fundamental, devido ao fato de serem os profissionais que estão mais envolvidos na realização desta técnica. Sendo assim, a compreensão de cada fase deste procedimento é de extrema importância, pois facilita a identificação e eliminação de todos os riscos presentes, favorecendo o aumento da segurança do paciente, bem como possibilita às instituições oferecer aos indivíduos um serviço de qualidade
Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidência	2014	O objetivo deste estudo foi identificar e analisar estratégias para promover a segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais	Estudo descritivo, qualitativo	Os participantes identificaram riscos físicos/químicos, clínicos, assistenciais e institucionais, além de barreiras e oportunidades que implicam na (in) segurança do paciente. Por outro lado, referiram práticas embasadas em metas internacionais divulgadas pela Organização Mundial de Saúde.
Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital	2018	Analisar a atuação de enfermeiros na segurança do paciente em instituição hospitalar.	Estudo qualitativo, descritivo,	verificou-se que a utilização de estratégias, como a comunicação, a educação permanente e a participação do acompanhante, foi essencial para o fortalecimento da segurança do paciente na instituição. Já a superlotação e a sobrecarga de trabalho foram apresentadas como prejudiciais à sua atuação.
Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família	2018	Compreender as concepções de enfermeiras atuantes na Estratégia de Saúde da Família acerca da segurança do paciente na atenção primária em saúde e de que forma estas repercutem nas ações cotidianas desses profissionais.	Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa.	A análise resultou em três categorias temáticas abordando os significados, as dificuldades e as estratégias relacionadas ao cuidado seguro.

Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa	2017	Objetivo Identificar e descrever o papel da equipe de enfermagem na contribuição à segurança do paciente	Revisão integrativa	Constatou-se que a enfermagem desempenha papel fundamental com vistas à assistência segura e eficaz, pois pode intervir em qualquer intercorrência com o paciente.
Segurança do paciente: uma abordagem acerca da atuação da equipe de enfermagem na unidade hospitalar	2017	caracterizar a produção científica disponibilizada em periódicos online sobre a segurança do paciente e atuação da equipe de enfermagem na unidade hospitalar.	Revisão integrativa	Espera-se que esta revisão possa contribuir com a conscientização e aprimoramento dos profissionais de enfermagem e servir como alerta para a implantação
Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por categorias profissionais	2019	Comparar a cultura de segurança do paciente entre as categorias profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde.	Estudo transversal	A maior e menor pontuação geral de respostas positivas à cultura de segurança do paciente foi respectivamente para enfermeiros (67,70%) e agentes comunitários de saúde (46,73%). Nas análises comparativas, os médicos, agentes comunitários de saúde e dentistas apresentaram diferenças significativas em comparação às demais categorias, tendendo à cultura menos positiva.

Fonte: Autoria própria.

Em um estudo realizado por Raimondi *et al.* (2019) que se refere a cultura de segurança na atenção primária à saúde pode-se constatar que os enfermeiros (67,70%), auxiliares/res-técnicos de enfermagem (62,84%), auxiliares/técnicos de saúde bucal (59,46%), dentistas (58,06%) e médicos (51,79%) apresentaram cultura positiva de segurança do paciente. No entanto, os profissionais ACS apresentaram 46,73% de respostas positivas, indicando a cultura de segurança do paciente desfavorável.

Outro estudo mostra que a cultura de segurança busca a responsabilização e o compromisso ético de cada profissional. Assim, é imprescindível que cada organização de saúde estruture seu sistema ajudando os profissionais a não errarem. A consolidação de uma cultura de segurança nos serviços de saúde configura-se como proposta de remodelar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a qualidade e a assistência à saúde (SILVA *et al.*, 2018).

Ainda de acordo com o mesmo estudo verificou-se que a utilização de estratégias, como a comunicação, a educação permanente e a participação do acompanhante, foram essenciais para o fortalecimento da segurança do paciente na instituição. Já a superlotação e a sobrecarga de trabalho foram apresentadas como prejudiciais à sua atuação (SILVA *et al.*, 2018).

A temática segurança do paciente deve ser incorporada em todas as instituições, pois é um dos seis atributos da qualidade do cuidado, e tem adquirido grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde na busca de oferecer uma assistência

segura.

Em um estudo refere-se à preocupação com a prevenção de infecções como um dos critérios para se evitar o risco e o dano. Estudos recentes demonstram que os riscos mais notados relacionados à atenção primária são alusivos à imunização. Contudo, existem vários procedimentos invasivos executados nesse cenário que poderiam culminar em um evento adverso, como, por exemplo, a glicemia capilar, os curativos, a nebulização, a coleta de exames citopatológico, a administração de medicamentos, dentre outros (SILVA *et al.*, 2019).

Alguns fatores como carga de trabalho alta, equipe reduzida, problemas de comunicação entre os membros da equipe, falta de insumos necessários à realização de procedimentos e falta de apoio gerencial constituem fatores desencadeantes de uma assistência insegura e de baixa qualidade. Para uma cultura de segurança do paciente eficaz e realmente levada a sério, mostra-se indispensável o trabalho em equipe; para que isso ocorra, faz-se necessário o apoio de quem gerencia o setor, com um olhar voltado ao entendimento de que a segurança leva à excelência (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Corroborando com o exposto em um trabalho de Silva *et al.* (2019) os autores mostram que as maiores dificuldades relatadas para garantir um cuidado seguro são em relação à estrutura das Unidades e a falta ou deficiência de material de consumo. Ainda de acordo com o mesmo estudo, o trabalho em equipe e uma comunicação efetiva entre os profissionais é imprescindível para favorecer uma assistência de qualidade.

Apesar das dificuldades referidas nos estudos, em relação à atuação das enfermeiras, destaca-se que estas têm desenvolvido algumas estratégias para potencializar um cuidado seguro, mesmo que em condições de trabalho adversas. Entre as estratégias, é importante mencionar as relacionadas à assistência de enfermagem, à ética do cuidado e aos processos de acolhimento (SILVA *et al.*, 2019).

Diante do exposto, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na assistência e contribui de diversas formas que vão desde métodos educacionais de reeducação voltados à implantação cultura de segurança até a identificação de erros, não como método punitivo, mas com o intuito de auxiliar para o aperfeiçoamento da segurança do paciente (FASSINI, 2012).

Desta forma, a equipe precisa está preparada para desempenhar uma assistência segura e eficaz, sendo responsável por supervisionar e anotar os EA como procedimento de segurança e expondo aos demais profissionais da saúde a importância de proporcionar um ambiente que seja seguro para si e para o paciente (FASSINI, 2012).

Diante do exposto, percebe-se que a equipe de enfermagem é fundamental no cuidado, pois está ao lado do paciente prestando desde cuidados simples aos mais complexos. É necessário assegurar capacitações a todos os membros da equipe para que possam atuar de forma segura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente é um tema bastante debatidos no âmbito da saúde atualmente percebe-se que a cultura de segurança reflete uma mudança de paradigmas extremamente ne-

cessária para assegurar a melhora das relações de trabalho e da assistência prestada.

É necessário incluir o paciente e seu acompanhante nas tomadas de decisões, e também instrumentalizar e sensibilizar os profissionais atuantes na atenção primária à saúde as mudanças necessárias para assegurar uma assistência completa e segura aos pacientes.

Conclui-se que a equipe de enfermagem tem um papel de grande relevância na segurança do paciente na APS e que é fundamental incluir toda a equipe nos treinamentos e ações voltadas à segurança do paciente a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. O que é Atenção Primária? Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BRASIL. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://proqualis.net/noticias/s%C3%A9rie-seguran%C3%A7a-do-paciente-e-qualidade-em-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRUM, C. N. *et al.* Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015. 511 p.

CAVALCANTE, A. K. C. B. *et al.* Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. Revista Cubana de Enfermería, [S.l.], v. 31, n. 4, 2015. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>. Acesso em: 17 abr. 2022.

CESTARI, V. R. F. *et al.* Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45480>. Acesso em: 17 abr. 2022.

FASSINI, P.; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 290-299, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4966>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MENDES, K. Dal S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/>. Acesso em: 22 abr. 2022.

MORAES, C. C. M. S.; AGUIAR, R. S. A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo de segurança do paciente. Nursing, São Paulo, v. 23, n. 271, p. 5025-5040, 2020. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/569>. Acesso em: 22 abr. 2022.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/cgFQTChp95c35PvWrp3D4JL/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2020.

RAIMONDI, D. C. *et al.* Cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde: análise por

categorias profissionais. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 40, n. spe, p. e20180133, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZQY357fz6cmbgCK9Mjpp4bK/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SILVA, A. P. F. *et al.* Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180164, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/4zYvzVnWVDd9bhmcdXk7Vjj/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SILVA, A. T. *et al.* Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, v. 12, n. 6, p. 1532-1538, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234593>. Acesso em: 22 abr. 2022.



Atuação da enfermagem na depressão pós-parto

Nursing role in postpartum depression

Ana Paula de Oliveira Bomfim

Acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitario São Francisco De Barreiras (UNIFASB).

Eilane Santos da Cruz Nascimento

Acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitario São Francisco De Barreiras (UNIFASB).

Luís Henrique Macedo de Carvalho

Acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitario São Francisco De Barreiras (UNIFASB).

Mikaellen Fernandes Rodrigues Santana

Acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitario São Francisco De Barreiras (UNIFASB).

Naiane de Souza Paulo dos Santos

Acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitario São Francisco De Barreiras (UNIFASB).

Nathalia Maria Barbosa de Oliveira

Acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitario São Francisco De Barreiras (UNIFASB).

Isabel Cristina Ninos de Carvalho

Acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitario São Francisco De Barreiras (UNIFASB).

Thais Lopes de Souza Queiroz

Acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitario São Francisco De Barreiras (UNIFASB).

Vandecarla de Jesus de Souza

Acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitario São Francisco De Barreiras (UNIFASB).

Lucas Raniery Santos de Carvalho

Docente do Centro Universitario São Francisco De Barreiras (UNIFASB).

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.6

RESUMO

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um transtorno mental de alta prevalência, do qual a identificação precoce dos sintomas é de extrema necessidade. Objetivo: Compreender como o enfermeiro pode estar atuando frente a depressão pós-parto. Esse estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e exploratório, realizado através de seleção de artigos encontrados nas bases de dados do Portal Regional da BVS. Diante disso, o enfermeiro deve desenvolver habilidades que tenham como objetivo a prevenção da depressão pós-parto, como a prática do acolhimento que deve ser aplicado desde as primeiras consultas de pré-natal.

Palavras-chave: depressão. pós-parto. pré-natal. enfermeiro.

INTRODUÇÃO

A gestação e o pós-parto são períodos em que ocorre diversas mudanças, fisiológicas e psicológicas no corpo da mulher, e tende a se intensificar gerando profundas alterações no âmbito social, por isso, os riscos para o aparecimento dos transtornos psiquiátricos tornam-se mais elevados neste período, sendo, portanto, indispensável que esta fase da vida da mulher seja avaliada com especial atenção.¹

O puerpério é dividido em: imediato, mediato, tardio e remoto. E trata-se de um momento de extrema importância para o retorno dos órgãos reprodutivos e a readaptação do organismo feminino, alterado pela gravidez e pelo parto.¹

A Depressão Pós-Parto (DPP) é um transtorno mental de alta prevalência, do qual a identificação precoce dos sintomas é de extrema necessidade. É necessário entender que a DPP não é uma doença ligada à personalidade da mulher e sim ao estado de desordem psicológica.²

A mãe deprimida sofre grande influência de suas próprias expectativas, podendo sentir-se frustrada por não conseguir ser a mãe ideal que esperava. A Depressão Puerperal ocorre geralmente entre a quarta e oitava semana após o parto e apresenta sintomas prolongados. Os sintomas aparecem lentamente, podendo se intensificar durante os seis primeiros meses seguintes.²

O presente estudo tem o questionamento: a assistência da enfermagem tem sido eficaz durante a consulta de pré-natal relacionado a depressão pós-parto?

O objetivo dessa pesquisa foi compreender como a enfermagem pode estar atuando na depressão pós-parto.

Deste modo, os profissionais de enfermagem têm papel fundamental na perspectiva de prevenção e na promoção da saúde, aplicando sua conduta com excelência para mudar a alta prevalência e o impacto social desse transtorno. Cabe ao profissional desenvolver suas próprias estratégias de prevenção da depressão pós-parto que assim as gestantes possam expressar livremente seus temores e ansiedades, sem ter receios. Sendo identificados os temores e ansiedades, o profissional da saúde deve prestar assistência adequada e orientação à gestante a fim de ajudá-la.³

Sendo assim o pré-natal é uma importante e fundamental ferramenta utilizada pelo enfermeiro para a identificação precoce e o tratamento da depressão gestacional, atuando no restabelecimento psicossocial da paciente, prevenindo complicações no parto, depressão na gestação ou no puerpério e sequelas para o futuro bebê. ⁴

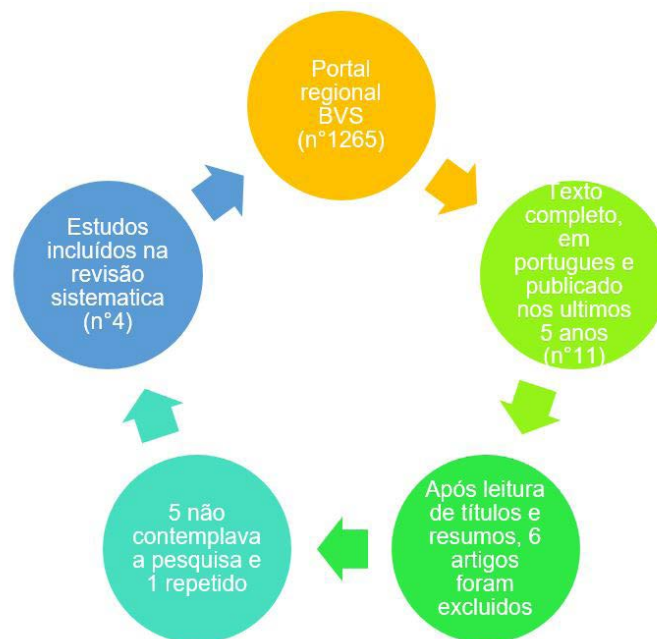
METODOLOGIA

Esse estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e exploratório, realizado através de seleção de artigos encontrados nas bases de dados do Portal Regional da BVS, utilizando palavras-chaves e uso do descritor booleano AND. Foram utilizadas as palavras chaves: enfermagem; assistência; depressão pós-parto, em seguida foram identificadas 1265 publicações, após aplicar filtros como, texto completo, publicações dos últimos 5 anos e em português, restaram 11 publicações. Após a leitura dos títulos e resumos, 5 artigos foram excluídos, 4 que não contemplava a pesquisa e 1 repetido, restando assim, 6 artigos que respondiam o objetivo proposto.

RESULTADOS

Com a realização das consultas à artigos publicados, obteve-se os seguintes resultados:

Estudos identificados em base de dados (n°1265).



O quadro 1, traz dados que corroboram com esse estudo. Nesse quadro consta a caracterização dos estudos de acordo título, autor, ano de publicação, objetivo e resultados.

Quadro 1- Caracterização dos estudos de acordo título, autor, ano de publicação, objetivo e resultados.

Título	Transtorno de adaptação decorrente do parto: avaliação de sinais e sintomas em puérperas.
Autor	FERREIRA, Quézia Tenorio. Et al.
Ano de publicação	2019

Objetivo	Avaliar a presença de sinais e sintomas de Transtorno de Adaptação em puérperas, bem como, evidenciar fatores relacionados a este transtorno.
Resultados	A fragilidade de uma avaliação precisa, com apenas algumas respostas (psicométricas), ainda que associadas a dados de Prontuário, tendo em vista que abarcar o universo da mulher No período puerperal é uma tarefa bastante complexa
Título	Assistência de enfermagem na depressão pós-parto: Revisão Integrativa.
Autor	SOUZA, Thânia Pires Parreira. Et al.
Ano de publicação	2022
Objetivo	Como é realizada a assistência de enfermagem na depressão pós-parto e sua importância para a saúde da puérpera.
Resultados	Os profissionais da saúde devem buscar mais conhecimento se habilitando para um atendimento cada vez melhor.
Título	Estratégias de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto.
Autor	VIANA, Mariana Delli Zotti Souza; FETTERMANN, Fernanda Almeida; CESAR, Mônica Bimbatti Nogueira.
Ano de publicação	2020
Objetivo	Identificar as estratégias utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) na prevenção da depressão pós-parto.
Resultados	Os estudos captados apontam como estratégia de prevenção da DPP o acompanhamento de pré-natal, através do acolhimento realizado durante a consulta de enfermagem
Título	Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal.
Autor	SILVA, Joseane Ferreira. Et al.
Ano de publicação	2020
Objetivo	Identificar as ações/intervenções que podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção e prevenção de danos da depressão puerperal.
Resultados	Há a necessidade de que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a depressão puerperal para, assim, acompanhar a mulher de maneira integral, a partir do período gestacional até o puerpério, devendo ofertar uma assistência adequada.
Título	Percepção de enfermeiros sobre diagnóstico e acompanhamento de mulheres com depressão pós-parto.
Autor	SANTOS, Flavia Karen. Et al.
Ano de publicação	2020
Objetivo	Analisar as percepções de enfermeiros sobre diagnóstico e acompanhamento da depressão pós-parto.
Resultados	Os enfermeiros não possuem suporte literário pré-definido para seguir caso deparem com mulheres em depressão pós-parto, sendo essas direcionadas para o psicólogo ou psiquiatra.
Título	Rastreando a depressão pós-parto em mulheres jovens.
Autor	MOLL, Marciana Fernandes. Et al.
Ano de publicação	2019
Objetivo	Rastrear a depressão pós-parto entre mulheres jovens que estão na segunda semana e no sexto mês após o parto.
Resultados	Identificou-se uma provável depressão pós-parto em 19,70% das puérperas e essa condição teve associação com os seguintes fatores: idade do bebê, multiparidade e baixo nível de escolaridade.

DISCUSSÃO

A depressão pós-parto é um transtorno mental de alta prevalência, pois pesquisas mostram que 10% a 20% das mulheres no puerpério são acometidas por esse transtorno de humor. É provocado de forma geral pela DPP, alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, que dão início a partir da quarta semana do pós-parto e se intensificam nos próximos

seis meses.⁶

Evidencia-se como os fatores de risco mais relevantes, baixa idade das puérperas, ser solteira ou divorciada e questões econômicas. O índice relatado de depressão clínica pós-parto em novas mães 1 em cada 7 mulheres. Os episódios são marcados por insônia, tristeza sem causa aparente, fadiga, rejeição aos familiares e até mesmo ao filho.²

O profissional de enfermagem ao se tratar de apoio social, deve ter entendimento quanto as redes disponíveis de assistência as puérperas, fortalecendo assim a relação entre a mulher e os familiares. Esse profissional representa uma fonte confiável de informações e orientações.²

Diante disso, o enfermeiro deve desenvolver habilidades que tenham como objetivo a prevenção da depressão pós-parto, como a pratica do acolhimento que deve ser aplicado desde as primeiras consultas de pré-natal. Esse acolhimento pode ser por meio do rastreamento precoce da gestante, a utilização da escala de Edimburgo (EDPS), pratica de dinâmica individual e em grupo com outras gestantes e e uma escuta eficiente durante as consultas de enfermagem.³

Nota-se que tem uma grande falha no sistema municipal, no suporte as unidades de saúde pública em relação a DPP. Levando em consideração que o município tem função fundamental no segmento de saúde pública, como criando laços intermunicipais, na aplicação de políticas públicas, ou até mesmo fazendo parte da criação dessas políticas. E tudo isso tem ligação com a DPP, já que se configura como uma patologia de interesse público.⁵

Ao debater os sinais e sintomas da DPP, muito se fala em relação a utilização de uma escala de auto avaliação, surge como uma opção que pode ajudar com a detecção precoce da patologia. Se destaca a escala de Edinburgh, que é considerado um método eficaz, sendo de fácil utilização.² A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo foi aprovada no Brasil. Essa escala é composta por dez itens, que se refere a sinais e sintomas que são frequentes no puerpério, com quatro possibilidades que pontuam, a presença ou intensidade dos sintomas.²

Destacou-se que a Escala de Edimburgh é um bom método para auxiliar no diagnóstico precoce, porém ela não deve ser substituída pelo exame físico, realizado pelos profissionais da saúde. Dessa forma, o pré-natal é extremamente importante, para que o enfermeiro tenha as informações da gestante e puérpera, tendo assim, conhecimento de suas aflições e podendo intervir de maneira adequada, com consultas e visitas domiciliares, fornecendo orientações que promova educação em saúde.⁴

Com isso, o momento da escuta pode se tornar um momento onde as gestantes irão se sentir valorizadas. Melhorando sua relação com o profissional e fortalecendo sua autonomia. Dessa forma o enfermeiro deve se dedicar durante essa consulta, sempre dando atenção as demandas da gestante.³

Devemos compreender as transformações biopsicossociais que as puérperas enfrentam, e utilizar da observação e empatia para identificar possíveis gestantes com fatores de risco. O objetivo é que as consequências da DPP sejam minimizadas e entender que uma mãe deprimida necessita de uma atenção profissional, pois a mesma por si só pode não perceber os sintomas, prologando assim o início de um tratamento adequado.²

Constata-se, que a DPP é uma patologia de difícil diagnostico, com isso, muitas vezes, não é identificada pela equipe multidisciplinar, em um primeiro momento. De forma, em que os

primeiros sintomas podem ser confundidos com o processo de ajustamento no período pós-parto. 6O ajustamento no período pós-parto, também definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), COMO Transtorno de Adaptação (TA), como sendo o estado de sofrimento e perturbação emocional, que atrapalha no processo de socialização. ¹

Nota-se, essa dificuldade no diagnóstico também durante a gestação, pelas manifestações, como ansiedade, serem frequentes no processo gravídico. 4Por isso, é relevante que a gestante possa expressar abertamente seus medos e anseios e um enfermeiro pode prestar um cuidado e orientação, auxiliando a enfrentar as diversas situações de forma adaptativa. ²

Pode-se elencar essa dificuldade a falta de capacitação desses profissionais e o déficit de programas voltados a saúde mental, os quais habilitam o enfermeiro na detecção de situações de risco. 4Percebe-se, nas primeiras semanas do recém-nascido, a busca da mulher pelo serviço de saúde, onde normalmente são realizadas as seguintes intervenções: incentivo ao aleitamento materno exclusivo, vacinação, avaliação de risco, da mãe e do bebê, teste para a triagem neonatal e orientações gerais, esse momento pode servir para o enfermeiro observar sinais de risco. ⁶

Ressaltou-se que a consulta de pré-natal não é a única intervenção que o enfermeiro pode estar ofertando, existem outras estratégias como a visita domiciliar no puerpério, o que mostrou no estudo o despreparo da Enfermagem, frente ao cuidado ofertado, por direcionarem os cuidados somente a criança e as alterações fisiológicas, expondo assim, a necessidade de um olhar mais holístico. ⁵

Inclui-se como consequência o transtorno, a falta de interação da mãe com o filho, que pode ser observada diante de situação como hostilidade, rejeição, negligência, agressividade, como também falta de afetividade e maior ansiedade da mulher. ⁶

Relatou-se, que enfermeiros mesmo sabendo que são essenciais no processo de cuidar, ainda se tem pouco conhecimento e experiência sobre a temática, transferindo assim, toda a responsabilidade para outros profissionais especializados. Deixando assim, de iniciar um cuidado de forma integrativa, como avaliação da autoestima, uma escuta qualificada e realização de orientações que visem a superação de dificuldades envolvendo a depressão. ⁴

Mesmo com uma equipe capacitada para lidar com a DPP, é importante que a família esteja inserida no tratamento dessa mulher, pois as pesquisas mostram que o enfermeiro vê a família com grande valor na inserção e apoio no tratamento dessa mulher. 5Ressaltando assim, a importância da Enfermagem, durante todo o puerpério analisando toda situação vivenciada por essa mulher, auxiliando na superação de seus anseios através de iniciativas educativas, sempre inserindo a família nesse processo para que assim, minimize impactos na vida dessa mulher. ⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, a enfermagem deve assistir essa mulher em todas as fases do seu ciclo gravídico, pelo fato da DPP ser uma doença que além de afetar a mãe, afeta todos em sua volta. Com isso, é necessário que seja uma temática a ser estudada, para que traga clareza no momento da assistência, para que possamos prestar um melhor atendimento a essa mulher, com objetivo de minimizar os efeitos negativos causados por esse transtorno mental. Entretanto,

é notório que ainda existe uma carência da gestão em prestar um suporte para as unidades de saúde e em capacitação desses profissionais, para uma assistência eficaz e de qualidade.

REFERENCIAS

FERREIRA, Quézia Tenorio. Et al. Transtorno de adaptação decorrente do parto: avaliação de sinais e sintomas em puérperas. Revista eletrônica enfermagem, Recife-Pernambuco, 21.53876, 2019.

SOUZA, Thânia Pires Parreira. Et al. Assistência de enfermagem na depressão pós-parto: Revisão Integrativa, Revisa, Goiatuba-Goiás, 11(1): 26-35, 2022.

VIANA, Mariana Delli Zotti Souza; FETTERMANN, Fernanda Almeida; CESAR, Mônica Bimbatti Nogueira, Estratégias de enfermagem na prevenção da depressão pós-parto, Revista de pesquisa: cuidado é fundamental, 12:953-957, 2020.

SILVA, Joseane Ferreira. Et al. Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal, Revista enfermagem UFPE, Alagoas, 14:e245024, 2020.

SANTOS, Flavia Karen. Et al. Percepção de enfermeiros sobre diagnóstico e acompanhamento de mulheres com depressão pós-parto, Nursing, São Paulo, 23(271), 4999–5012, 2020.

MOLL, Marciana Fernandes. Et al. Rastreado a depressão pós-parto em mulheres jovens, revista enfermagem UFPE, Uberaba- Minas Gerais, 13(5):1338-44, 2019.



Metodologia para mapeamento de contingências: definição de uma ferramenta para, resposta e resiliência para serviços de saúde

Luciano Cicero da Silva

Doutorando em Saúde Pública com Ênfase em Epidemiologia, Mestrado em Administração em Serviços de Saúde pela Universidade de Ciências Empresariais e Sociais (UCES, Argentina); MBA em Gestão Integrada da Qualidade em Saúde pela Faculdade Unimed; formação em Gestão da Qualidade pela Universidade Barão de Mauá; Getor da Qualidade na Unimed Franca/SP

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.126.7

RESUMO

Um dos grandes desafios das organizações de saúde atualmente, é o de conseguirem ser resilientes em situações contingenciais, emergenciais, de crise ou de catástrofe. O enfrentamento a situações desafiadoras exige um robusto planejamento com foco na previsão de cenários e o desenho dos caminhos necessários para que se consiga manter processos finalísticos em suas condições mínimas de funcionamento. Um plano de contingências para riscos de desabastecimento ou enfrentamento de situações mais críticas ou até mesmo catastróficas pode ser pensado de forma estratégica e articulada, onde papéis, responsabilidades e níveis de atenção bem definidos possam garantir resultados mais satisfatórios. O objetivo deste artigo, é apresentar uma metodologia de mapeamento de contingências, aplicável a serviços de saúde, com foco no desenho de cenários de crise por nível de gravidade para tomada de decisão direcionada ao contexto e tempo de resposta. Com base em revisão de literatura, foi construída uma ferramenta de mapeamento de contingências por nível de criticidade, onde cada nível de criticidade exige estratégia específica, e prevendo o agravamento do cenário caso a medida não seja resiliente, elevando a contingência a um nível mais grave, culminando no nível catastrófico com acionamento de um comitê de crise. A implementação da ferramenta proposta esteve focada em processos de suprimentos de materiais, medicamentos, recursos humanos e insumos críticos. O artigo traz o entendimento conclusivo de que estabelecer metodologia e nível de atenção para o enfrentamento a situações críticas colabora com um tempo de resposta mais efetivo, envolvimento das pessoas e alocação de recursos no momento oportuno, além do correto direcionamento de esforços, com atenção a gestão do risco de piora na previsibilidade da resposta.

Palavras-chave: contingência. crise. catástrofe e reposta.

ABSTRACT

One of the great challenges of healthcare organizations today is to be resilient in contingency, emergency, crisis, or catastrophe situations. Confronting challenging situations requires robust planning focused on scenario forecasting and the design of the necessary paths to maintain the final processes in their minimum operating conditions. A contingency plan for risks of shortage or facing more critical or even catastrophic situations can be thought of in a strategic and articulated way, where well-defined roles, responsibilities, and levels of attention can guarantee more satisfactory results. The objective of this article is to present a contingency mapping methodology, applicable to health services, focusing on the design of crisis scenarios by severity level for decision making directed at the context and response time. Based on literature review, a contingency mapping tool was built by level of criticality, where each level of criticality requires a specific strategy, and foreseeing the worsening of the scenario if the measure is not resilient, raising the contingency to a more severe level, culminating in the catastrophic level with the activation of a crisis committee. The implementation of the proposed tool was focused on the supply processes of materials, medications, human resources, and critical supplies. The article brings the conclusive understanding that establishing methodology and level of attention for facing critical situations collaborates with a more effective response time, involvement of people and allocation of resources at the right time, besides the correct direction of efforts, with attention to risk management for worsening in the predictability of the response.

Keywords: contingency. crisis. catastrophe and response.

INTRODUÇÃO

Um plano de contingências consiste num conjunto de estratégias que possam estabelecer ações de enfrenamento e respostas para situações de crise¹. Ao longo do tempo, algumas normativas vem sendo descritas para apoiar as organizações para o desenvolvimento de estratégias de resiliência para crises e catástrofe. Organizações em todo mundo estão desenvolvendo estratégias conjuntas para gerenciarem a continuidade de serviços diante de catástrofes climáticas ou mesmo situações epidêmicas, ou pandêmicas².

Este estudo é o resultado de uma revisão de artigos sobre planos de contingência, crise e catástrofe. Em revisão da literatura, percebeu-se que o maior foco de estudos sobre o assunto surge depois da pandemia da COVID-19, e mais especificamente no Brasil e na área da saúde, o material referente ao assunto é mais escasso. Outro ponto importante a se considerar, é que a maior parte dos trabalhos publicados sobre o assunto, trata do enfrentamento a situações de epidemias e catástrofes naturais. Nem todos os artigos apresentam metodologia específica, e é comum perceber que cada instituição, organização de apoio a enfrentamento de situações de crises e contingências, lidam com essas situações e definem seus planos de forma diferente.

Nos Estados Unidos, o Yale New Heaven Health desenvolveu uma estrutura de gerenciamento de situações de crise em parceria com a Virtual Corporation³, o modelo inicial desenvolvido por um grupo de especialistas das duas organizações foi norteador para o desenho de uma metodologia adaptada para situações de desabastecimento, visto que em revisão de literatura, há pouco material voltado para planos de continuidade em situações de crise.

Considerando o material bibliográfico estudado e percebendo os desafios que as organizações de saúde ainda enfrentam em organizar processos de trabalho resilientes, surge a seguinte pergunta: Como estabelecer um modelo assertivo de mapeamento de contingências? Para responder a pergunta central desse estudo, foi estabelecido uma ferramenta de mapeamento de contingências por tipo, gravidade e tempo de resposta. A ferramenta foi aplicada em dois serviços de saúde, em áreas de apoio cujo o maior risco é do desabastecimento (água, energia elétrica, sistemas, processamento de exoval e materiais e recursos humanos). A ferramenta foi estrutura conforme um modelo conceitual de resposta a situações de crise desenvolvida pela Yale New Heaven Health, um hospital americano situado na cidade de Nova Iorque.

A relevância deste artigo se faz no sentido de oferecer uma ferramenta de apoio para que serviços de saúde possam mapear em seus processos de provisão de recursos diversos, quais situações contingencias podem surgir, e além disso, identificar o nível de gravidade dessas situações, quais pessoas precisam ser envolvidas, seus papéis e responsabilidades diante de situações de desabastecimento e fornecimento, reposta e tempo de recuperação, e quando esses cenários podem se agravar.

MÉTODOS E MATERIAIS DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica descritiva exploratória¹⁰, considerando que o estudo propõe a implementação de uma ferramenta de mapeamento de contingência. O principal objeto de estudo dessa pesquisa deu-se por meio de revisão de alguns artigos sobre o assunto, além de um mapeamento de literatura na plataforma VosWiever¹¹ com as palavras-cha-

ve mais comuns com da plataforma de artigos da Elsevier. O processo de criação de ferramenta interna foi elaborado com base no estudo de caso do Yale New Heaven Hospital³, utilizando como ponto de partida, os gráficos de gestão de contingências e repostas para mitigação de danos. Para essa pesquisa, a revisão dos artigos e estudo de caso foram suficientes para a definição de uma metodologia de mapeamento de contingências. As informações obtidas foram analisadas com foco nas práticas desenvolvidas e recomendações registradas nos artigos e manuais que constam na referência bibliográfica deste artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Revisão da Literatura

Por mais ideal que seja planejar e identificar antecipadamente todas as ameaças, a incerteza, por sua própria natureza, paira perenemente em qualquer tipo de serviço. Para qualquer organização, essas ameaças — que vão desde desastres naturais até ataques cibernéticos — podem causar sérias interrupções nos negócios. A resiliência organizacional, garantida por um sistema de gestão de continuidade de negócios (BCMS), pode preparar qualquer negócio para situações de caos. A certificadora inglesa British Standards Institution (BSi), estabeleceu a normativa Publicly Available Specification 56 (PAS 56:2003) “Guide to business continuity management”, uma norma de domínio público que teve como objetivo a especificação de padrões para gestão da continuidade de negócios. Essa norma serviu como consulta pública para elaboração da norma ISO 22301⁴.

Mundialmente, existe o modelo de certificação da (International Standardization for Organization) ISO 22301:2019, que estabelece padrões de resiliência organizacional. A norma segue o padrão da própria estrutura de normas da família ISO, que determina o estabelecimento do ciclo PDCA (Planejar, Desenvolver, Checar e Avaliar) para a implementação de um sistema de gestão resiliente situações que comprometam a continuidade de negócios⁵. Uma importante organização americana, a National Fire Protection Association (NFPA), possui um manual robusto voltado para situações de contingência; a NFPA 1600, que estabelece padrões para Gestão e continuidade dos negócios com Programas de Continuidade de Operações frente a catástrofes e desastres. Alguns aspectos importantes da norma incluem a definição de um orçamento para situações contingenciais definido pela alta administração e a definição de um plano de gerenciamento de mudanças após a ocorrência da situação catastrófica. A norma também trata de questões relacionadas a estudo de impacto ambiental e canais de comunicação com as partes interessadas em casos de situações mais graves. A definição de uma equipe de comando de crise também é um requisito para a norma⁶.

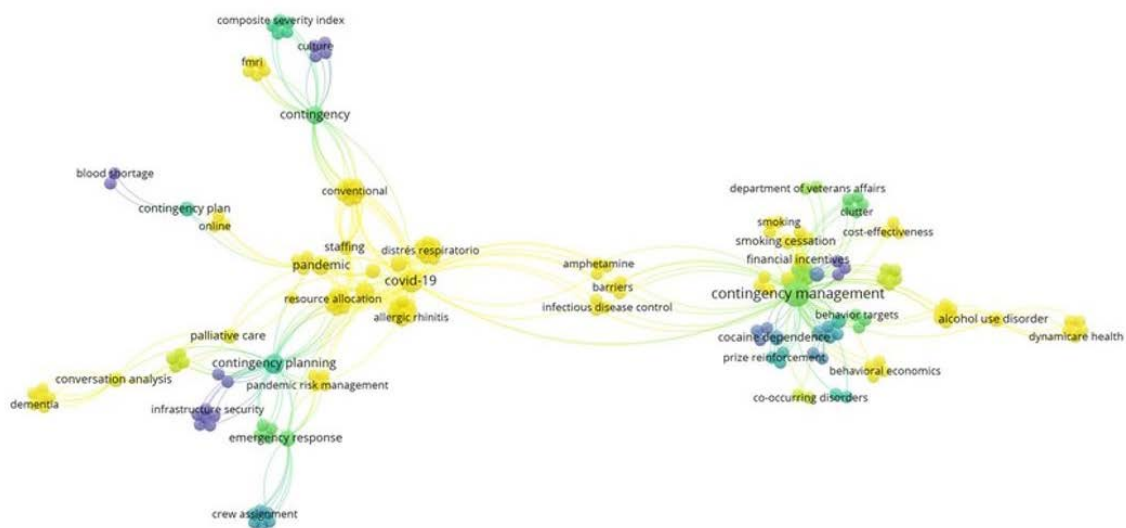
A Organização Mundial da Saúde (OMS), estabelece a necessidade de criação de uma estrutura de trabalho para situações de crise conforme o nível de vulnerabilidade. Para a OMS, vulnerabilidade significa o quanto uma sociedade ou serviço, pode ser impactado por algum evento externo ou interno não planejado, potencialmente causador de danos. Para melhor entendimento desses conceitos e estratégias, a OMS estabeleceu junto com o comitê de enfrentamento de desastres na Índia um conjunto de guidelines (conjunto de diretrizes) para preparação de respostas a situações de emergência. Um dos aspectos mais importante desse conjunto de diretrizes consiste na definição de uma equipe preparação para situações de emergência. Uma equipe de

preparação atua com o objetivo de reduzir o impacto do dano na ocorrência de uma situação de contingência (que demanda um plano de continuidade de cuidado), de crise (que demanda a estruturação de um time de resposta resiliente) ou de emergência (que exige ação imediata para prevenção de agravos de cenário em curto prazo)⁷.

Além das referências normativas citadas, vemos o trabalho de Donna MacDermott ⁸ que ressalta a importância do registro do aprendizado a respeito das práticas de enfrentamento as situações de crise, tendo em conta, a necessidade contínua de as equipes se capacitarem e fortalecerem suas barreiras de contenção de agravos oriundos de situações catastróficas. Um relevante estudo na China⁹ foi desenvolvido com foco no gerenciamento de contingências de parada de sistema no gerenciamento da Tecnologia da Informação, onde é conclusiva a necessidade e levantamento de riscos e vulnerabilidades do sistema, ainda mais tendo em conta a crescente dependência dos sistemas de informação por parte dos serviços de saúde. Conforme estudos anteriores, quanto melhor estruturado um plano de contingência, mais resiliente ele é para retornar as suas funções normais. É importante considerar nas estratégias de gestão de contingências, os testes, as lições aprendidas e o constante monitoramento da efetividade dos planos^{1,8, 2}.

Em verificação de literatura referente a estratégias de contingência, vemos na Figura 1, o mapa de relacionamento por clusters de palavras chave para o tema contingência, por meio do mapa foi possível perceber que os dois maiores temas relacionados a contingência, num total de 707 artigos, são gerenciamento da contingência e COVID-19.

Figura 1- Mapa de relacionamento por clusters de palavras chave



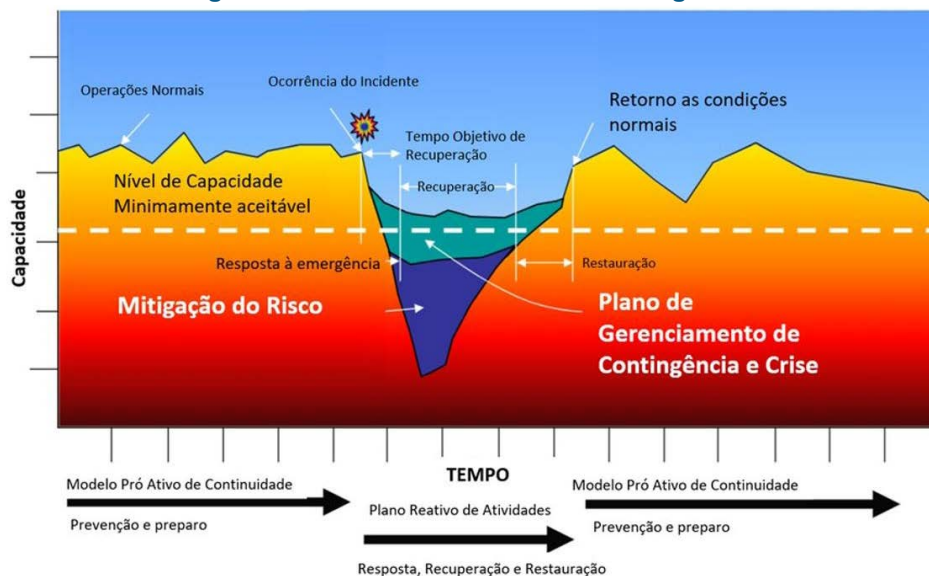
Fonte: Elaborado pelo autor com base em levantamento de artigos no Voswiever

Com base na literatura levantada sobre o assunto, toda a estrutura da metodologia proposta está focada principalmente no modelo de gestão de contingências proposto pelo Yale New Heaven Hospital, que estabeleceu por meio de uma imagem gráfica o cenário da gestão por contingências. Na Figura 2, vemos a Modelo de Gestão de Contingências definidos pelo Yale Hospital, onde a imagem gráfica de um céu e montanhas representam o limite entre as operações normais e de controle, e o início da tomada de ação contingencial. Ao longo da imagem, vemos a mudança de tonalidade, entre o céu azul e a base da imagem em tom escurecido, onde podemos entender que situações que exigem um plano de contingência, podem se tornar mais

graves também comprometer o tempo de resposta. A imagem da Figura 1 deixa claro que planos de contingência não são estanques, são dinâmicos e a ocorrência (como vemos no ícone representando uma explosão), pode se alterar com relação ao nível de gravidade ao longo do tempo. Uma situação de contingência (como uma pane no sistema, por exemplo), precisa ser analisada desde de o seu início, onde a situação pode ser facilmente gerenciada (uma instabilidade no sistema por 15 minutos), como também qual pode ser o impacto mais catastrófico de uma pane de sistema (como por exemplo, o sequestro de prontuários eletrônicos, ou a destruição de um servidor sem uma estrutura de redundância de back up).

Essa imagem gráfica sinaliza a atenção de que eventos críticos numa cadeia de fornecimento ou suprimentos, precisa ser desenhado com uma análise temporal e preditiva de cenário, onde duas perguntas são fundamentais: Qual o cenário menos crítico e mais catastrófico e quanto tempo temos de recuperação do processo, para que aquilo que não era grave não se torne crítico ou catastrófico?

Figura 2 - Modelo de Gestão de Contingências



Fonte: Adaptado pelo autor com base no artigo do Yale New Heaven³

O Modelo de Gestão de Contingências do Yale New Heaven Hospital também norteia para a necessidade da estruturação de modelo pró ativo de continuidade, regido especificamente pelo tempo. Como estamos falando de processos, o maior norteador de processos críticos é o fator tempo, considerando o risco de propagação do dano, caso as barreiras de mitigação não seja, efetivas¹².

Na Figura 2, vemos a definição de um modelo temporal mais específico para gerenciamento das contingências. Neste gráfico, a estratégia está voltada o tempo de recuperação. Isso significa que quando temos um evento para iniciar o plano de contingência, como já citamos aqui, por exemplo, uma pane de energia, é fundamental sabermos qual tempo é o mínimo aceitável, que não irá comprometer os processos envolvidos e até mesmo o paciente? Para uma situação dessas, qual o plano de respostas? Quais ações precisam ser desenvolvidas para recuperar o processo e evitar que o cenário se torne mais crítico? Quando a situação volta a normalidade?

As perguntas citadas anteriormente, são determinantes para a construção de um plano de contingências, pois, caso se defina uma ação pontual, sem analisar o nível de criticidade e os possíveis desdobramentos, o incidente pode se tornar mais grave e conseqüentemente a recu-

peração mais difícil.

Figura 3 - Mitigação do Plano de Gestão de Contingência



Fonte: Adaptado pelo autor com base no artigo do Yale New Heaven³

Criação de uma ferramenta para Gestão de Contingências

Analisando os dois gráficos desenvolvidos pelo Yale New Heaven Hospital, foi desenvolvida a Escala Decisória para Nível de Contingência, que auxilia na definição do nível de criticidade de cada incidente, para que se possa mapear corretamente o nível de criticidade, conforme estabelecido na Tabela 1:

Figura 4 - Escala Decisória para Nível de Contingência

ESCALA DECISÓRIA PARA NÍVEL DE CONTINGÊNCIA		
NÍVEL DE CONTINGÊNCIA	CONCEITO	NORTEADOR DECISÓRIO
NÍVEL MÍNIMO ACEITÁVEL	Primeiro nível de contingência com ações pontuais, sem interrupção ou interrupção pontual do processo. Nível de recuperação leve. Não havendo recuperação, início de um plano de nível crítico.	<ul style="list-style-type: none"> Alteração de Processos internos sem comprometimento dos processos externos Início da contingência de forma autônoma, sem necessidade de intervenção externa Ações contingenciais de baixa complexidade Acompanhamento do fluxo de atividade dos outros setores é mínimo O tempo de recuperação da situação controle é mínimo
NÍVEL CRÍTICO	Segundo nível de contingência, ações interrupção mais crítica do processo, com alterações significativas de fluxo. Nível de recuperação mais avançado, exigindo planos de contingência de suporte. Não havendo recuperação, início de um plano de nível catastrófico.	<ul style="list-style-type: none"> Processos internos serão alterados, comprometendo os processos internos A área perde parcialmente a autonomia e depende de tomada de decisão externa Há necessidade de apoio contingencial externo As ações de contingência são de risco para os processos internos e externos Clientes internos desse processo deverão redefinir seus fluxos de trabalho O tempo de recuperação da situação controle é longo, considerando a criticidade dos demais processos
NÍVEL CATASTRÓFICO	Terceiro nível de contingência, menor cenário de previsibilidade, complexo nível de recuperação e start de planos de emergência, catástrofe e crise.	<ul style="list-style-type: none"> Processos internos sofrem interrupção total A área perde totalmente a autonomia Todo o processo depende de apoio externo Planos de catástrofe ou de emergência são iniciados Outros setores (clientes internos e demais processos envolvidos), planos de contingência, emergência ou catástrofe Não há previsão de recuperação controle Um plano de crise com lideranças estratégicas precisa ser iniciado

Fonte: Elaborador pelo autor

Conforme podemos ver na escala, ela está estruturada por níveis: Nível mínimo aceitável, nível crítico e nível catastrófico. Cada nível de contingência, está organizado cores, e cada cor representa igualmente o nível de criticidade: amarelo: primeiro nível de contingência, vermelho: segundo nível de contingencia e preto: terceiro nível de contingência. O que diferencia o nível amarelo do vermelho, é o potencial de autonomia que o processo chave tem para tomada de decisão, frente ao nível de impacto do incidente. Os níveis amarelo e vermelho se diferenciam do preto porque ele é o terceiro nível de contingência, onde o processo chave não tem autonomia para recuperar o processo, há necessidade de atuação de um time ou comitê de crise e o nível previsibilidade de recuperação é totalmente incerto.

O diferencial desse modelo para mapeamento de contingências, é a identificação clara do nível de autonomia para recuperação do processo e continuidade das atividades e a definição

temporal de retomada do processo a um nível superior, ou seja: de um incidente catastrófico para um nível crítico, e depois do crítico para o minimamente aceitável. Dessa forma, vemos que a escala de cima para baixo (do amarelo para o preto) identifica o potencial risco de priora caso não haja recuperação a tempo, e de baixo para cima quando o incidente é catastrófico ou crítico e se inicia o plano para tirar o incidente daquele nível de gravidade.

Com base na escala decisória, foi elaborada uma ferramenta para mapeamento dos incidentes para definição dos planos de contingência, conforme vemos na Tabela 2:

Figura 5 - Ferramenta modelo para mapeamento de contingências

Plano de Contingência

CONTINGÊNCIA PARA RECUPERAÇÃO DA SITUAÇÃO CONTROLE – NÍVEL MÍNIMO ACEITÁVEL			
Plano de Contingência	Responsável (equipe interna)	Setores envolvidos	Monitoramento de controle
CONTINGÊNCIA PARA RECUPERAÇÃO DA SITUAÇÃO CONTROLE – NÍVEL CRÍTICO			
Plano de Contingência	Responsável (equipe interna)	Setores envolvidos	Monitoramento de controle
CONTINGÊNCIA PARA RECUPERAÇÃO DA SITUAÇÃO CONTROLE – NÍVEL CATASTRÓFICO			
Plano de Contingência	Responsável (equipe interna)	Setores envolvidos	Monitoramento de controle
Plano de Contingência	Nível de Contingência	Protocolo de contingência	Periodicidade do teste
Indicadores:			

Fonte: Elaborador pelo autor

Conforme vemos na Tabela 2, a ferramenta de mapeamento de incidentes para ações contingenciais inicia com a definição da situação controle (céu azul do Figura 1), que consiste em: fornecimento de energia, água, materiais, medicamentos, equipamentos. As Situações Alternativas estão relacionadas aos incidentes (pane de sistema). A partir do momento em que o incidente ocorre, há a necessidade de definição de ações imediatadas do responsável, assim como a definição de ações que precisam ser tomada pelos envolvidos, o proposito nesse momento é a definição clara dos papéis e responsabilidades. Outro ponto importante na ferramenta é a definição de testes para a mensuração da efetividade. Vemos no final da ferramenta, em azul, que um teste pode ser implementado e testado por meio de indicadores. Essa etapa deve ser analisada em cada mapeamento para que se possa definir o que é realmente possível testar sem comprometer processos ou a segurança do paciente.

A etapa seguinte da ferramenta consiste na definição de ações monitoramento do controle da contingência, onde se define em que momento a situação está resolvida, e em qual momento a situação pode ser tornar crítica. Podemos ver na Tabela 3, um modelo da ferramenta em uma situação específica de incidente relacionado a indisponibilidade de autoclave para processamento de materiais:

Figura 6 - Modelo de plano de contingência para indisponibilidade da autoclave

CONTINGÊNCIA PARA RECUPERAÇÃO DA SITUAÇÃO CONTROLE – NÍVEL MÍNIMO ACEITÁVEL			
Plano de Contingência	Responsável (equipe interna)	Setores envolvidos	Monitoramento de controle
Quebra de 1 autoclave – Priorizar os materiais com conforme previsão de entrega.	Enfermeiros do setor: Avaliar o motivo da falha, pra definir se conseguem resolver. Caso não consigam resolver acionam a engenharia clínica.	Engenharia clínica: avalia o motivo da falha, caso não consigam resolver, acionam o fabricante. Havendo necessidade, aciona a manutenção. Centro Cirúrgico: reorganiza agenda para permitir o intervalo de 6 horas entre o final de um procedimento e início do outro que utilizará o mesmo material.	Após manutenção, retoma o processamento normalmente.
CONTINGÊNCIA PARA RECUPERAÇÃO DA SITUAÇÃO CONTROLE – NÍVEL CRÍTICO			
Plano de Contingência	Responsável (equipe interna)	Setores envolvidos	Monitoramento de controle
Quebra de 2 autoclaves – Acionamento da empresa terceirizada	Enfermeiros do setor: Avaliar o motivo da falha, pra definir se conseguem resolver. Caso não consigam resolver acionam a engenharia clínica.	Engenharia clínica: avalia o motivo da falha, caso não consigam resolver, acionam o fabricante. Havendo necessidade, aciona a manutenção.	Quando pelo menos 1 autoclave volta ao funcionamento normal, retoma o fornecimento de materiais. O tempo de segurança para retomada é de 24 horas.
CONTINGÊNCIA PARA RECUPERAÇÃO DA SITUAÇÃO CONTROLE – NÍVEL CATASTRÓFICO			
Plano de Contingência	Responsável (equipe interna)	Setores envolvidos	Monitoramento de controle
Parada do setor por falta de água no município – Recuperação da indisponibilidade total de abastecimento	Enfermeiros do setor: Acionam a manutenção para verificar para confirmar se a falta de água é geral. Caso não haja previsão de retorno, comunica direção e unidades assistenciais, para definirem as condutas a serem tomadas (cancelamento de cirurgias e/ou transferência de pacientes). Aciona a direção para possíveis condutas de transferência	Manutenção: verifica alternativas para abastecimento contingencial. Centro cirúrgico: Cancela as cirurgias eletivas e atende somente urgências. CAF: Apóia os setores com aumento no fornecimento de materiais descartáveis. Assume contingência após 48 horas de desabastecimento da CME. Unidades Assistenciais: Orienta quanto a uso racional dos recursos disponíveis. Verifica a possibilidade de uso de materiais descartáveis	Para centro cirúrgico: Retomada do abastecimento em até 24 horas. Após esse prazo, verificar possibilidade de transferência de pacientes de cirurgia de urgência. Retomada do estoque e do fornecimento em até 48 horas. Extrapolado o prazo de 48 horas a CAF inicia seu próprio plano de contingência.

Fonte: Elaborador pelo autor

O mapeamento do incidente, conforme vemos na Tabela 3, deixa visualmente claro quais são as situações que precisam de ação mais urgente, em quanto tempo, as pessoas envolvidas e quais situações precisam de um apoio estratégico. A recomendação ao criar essa ferramenta, é que ela esteja impressa, e de fácil acesso em todos os setores da instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Serviços de saúde são sistemas adaptativos complexos, que não comportam tomadas de decisão simplistas ou pouco efetivas para desafios muitas vezes sistêmicos e igualmente complexos¹³, dessa forma, quando se trata de situações críticas, que comprometam a continuidade do negócio, da entrega ou do serviço, faz-se necessário o estabelecimento de ferramentas e recursos que possam perceber a complexidade das decisões e suas consequência.

Diante da complexidade que se encontra ao estabelecer planos assertivos de contingência, e a própria escassez de ferramentas desenhadas especificamente para isso, neste artigo, tivemos o objetivo de apresentar uma ferramenta que possa contribuir para a identificação de incidentes críticos para a tomada de decisão assertiva com foco na contingência. Para isso, um conjunto de artigos foi pesquisado para que se pudesse alcançar um maior entendimento sobre o assunto. Na sequência, com base no estudo de caso de um hospital americano, foi construída a ferramenta como uma possível alternativa.

O resultado alcançado com a criação desta ferramenta, foi a sua implantação em dois serviços de saúde, sendo um hospital oncológico de Londrina e um hospital de médio porte na cidade de Franca, interior de São Paulo. O escopo da implantação envolveu áreas de apoio que fornecem produtos ou serviços, como por exemplo: Tecnologia da Informação, engenharia clínica, central de materiais, nutrição, gestão de pessoas. Neste primeiro ciclo de implantação, não foi mapeado situações epidêmicas, surtos, pandemias e desastres naturais

Para trabalhos futuros, seria importante um estudo sobre testes de stress em plano de contingência e a efetividade dos planos de crise e de contingência.

REFERÊNCIAS

Neurath D, Cober N, Owens W, Giulivi A. Contingency plan implementation. *Transfusion and apheresis science : official journal of the World Apheresis Association : official journal of the European Society for Haemapheresis*. 2012 4;46:337 40.

International Standardization Organization. Technical Specification - ISO TS 22331. Geneva; 2018. Available from: <https://cdn.standards.iteh.ai/samples/50068/e4260f1edaa24fec905015eb2ef88229/ISO-TS-22331-2018.pdf>

Paturas J. Integrated healthcare hospital and medical contingency planning; 2016. power point. Available from: <https://docplayer.net/14449326-Integrated-healthcare-hospital-and-medical-contingency-planning.html>.

Publicly Available Specification. Content description of Publicly Available Specification 56 (PAS 56:2003) "Guide to business continuity management"; 2022. e-book. Available from: <https://pt.scribd.com/document/156039416/PAS-56-Guide-to-Business-Continuity-Management>.

European Committee For Standardization. Security and resilience. Bruxelas; 2019. Available from: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:22301:ed-2:v1:en>.

National Fire Protection Association - NFPA. NFPA 1600. Massachusetts; 2016. Available from: <https://edms.energy.gov/EM/TrainingProducts/OEP101DE/Resources/NFPA%201600.pdf>

Usaid India. Guidelines For Hospital Emergency Pre-Paradness Planning. Nova Delhi; 2012. Available from: https://www.undp.org/india/publications/download-guidelines-hospital-emergency-preparedness-planning?utm_source=EN&utm_medium=GSR&utm_content=US_UNDP_PaidSearch_Brand_English&utm_campaign=CENTRAL&c_src=CENTRAL&c_src2=GSR&gclid=EAlaIqobChMIInbyYvKDi-gIvD0eRCh2ZqQMYEAAAYASAAEgLQsvD_BwE.

McDermott D, McEwing E, Lopez J, Osso M, Trujillo G. Pandemic Crisis: Simulation Contingency Plans. *Teaching and learning in nursing : official journal of the National Organization for Associate Degree Nursing*. 2021 9;16:393 395. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34539288/>.

Lei J, Guan P, Gao K, Lu X, Chen Y, Li Y, *et al*. Characteristics of health IT outage and suggested risk management strategies: an analysis of historical incident reports in China. *International journal of medical informatics*. 2013 11;83:122 30.

Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la Investigación. 6th ed. Santa Fé: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V; 2014.

Van Eck NJ, Waltman L. VOSviewer, a computer program for bibliometric map-ping. *Scientometrics*. 2009 December;84(1):523-538. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20585380/>.

Centro da Qualidade, Segurança e Produtividade - QSP -. Norma QSP ISO 3100:2018; 2018. Available from: https://www.qsp.org.br/pdf/QSP_31000_apresentacao.pdf.

Kuziemsky C. Decision-making in healthcare as a complex adaptive system. *Sage Journals*. 2015 December;29(1). Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0840470415614842>.



O enfrentamento dos profissionais de saúde afetados pela Síndrome de Burnout intrinsecamente relacionado com a assistência

Ana Maria Silva Lima

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.126.8

INTRODUÇÃO

O psicólogo Herbert J. Freudenberger, em 1974, empregou a expressão *staff burnout* para descrever uma síndrome composta por exaustão, desilusão e isolamento em trabalhadores da saúde mental (RAMOS *et al.*, 2007). A Síndrome de Burnout se manifesta como uma doença que afeta a qualidade de vida permeando as experiências profissionais e pessoais do indivíduo, nota-se, então, a frequência dessa síndrome nos profissionais de saúde, que são expostos a diversas situações de estresse e desgaste decorrentes do contato e assistência para com pessoas debilitadas ou doentes, além de terem que lidar com tensas relações interpessoais na rotina de trabalho.

Objetivo

O objetivo desse artigo é relatar os efeitos, as formas de enfrentamento e as implicações da Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde e na assistência na organização em que eles trabalham, uma vez que tal acometimento vem expressando-se cada vez mais incidente e preeminente.

Método

Realizou-se uma revisão bibliográfica utilizando-se a base de dados do Ministério Público, Scielo, Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, Research, Society and Development e da Organização Mundial da Saúde no período compreendido entre 2007 e 2022.

Resultados

A pesquisa feita pelo Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR) com 715 profissionais de saúde - médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas - de 36 hospitais públicos e privados do Brasil, apresentou que 125 profissionais indicaram exaustão emocional, 120 demonstraram despersonalização e 107 apresentaram falta de realização profissional - todos sintomas indicativos de burnout. O estudo conclui que, pelo menos, 33% deles sofriam com Síndrome de Burnout (UNIAD, 2021).

Discussão

Os avanços tecnológicos da modernidade criaram uma sociedade de hiperconectados ocasionando inúmeras consequências positivas e negativas para o corpo social. Diante dessa perspectiva, pode-se salientar um conceito explicado por Byung-Chul Han, filósofo sul-coreano, que explica como o avanço das tecnologias digitais, especialmente nos anos 70, fez com que a sociedade começasse a passar por mudanças em suas rotinas, como o fato de estarem sempre conectados realizando inúmeras atividades e como essa sensação da obrigatoriedade do envolvimento em multitarefas traz uma noção de uma realidade acelerada, surgindo o que o estudioso chama de Sociedade do Desempenho. Na Sociedade do Desempenho os indivíduos são mais exigentes consigo mesmos no quesito de suas vidas pessoais e nos trabalhos, sempre perseguindo metas e boas performances e, em determinadas situações, até se sentindo culpados por usufruírem de um tempo livre. Com tudo isso, podem surgir doenças como ansiedade,

depressão, e a que está sendo retratada nesse artigo, a Síndrome de Burnout.

Dentre as profissões da saúde, a enfermagem é a que mais sofre pela Síndrome do Esgotamento Profissional, onde, segundo a pesquisa do IDOR, apresenta sinais em ao menos um em cada seis profissionais de saúde, pois lidam diretamente com o paciente e familiares, além de prestar assistência direta ao enfermo. A equipe de enfermagem encontra-se expostos aos riscos físicos, químicos e biológicos, o que faz com que o estresse na profissão seja desgastante, precisando assim de ações que visam seu bem estar físico, psíquico e social (ROSENO *et al.*, 2020) Diante dessa perspectiva, é notável que a síndrome vem se mostrando cada vez mais presente na vida dos profissionais de saúde, com todas as vivências da rotina profissional, de maneira contínua, começam a surgir exacerbações acerca de esgotamento físico e psicológico (ARAGÃO NCS, *et al.*, 2020), ocasionando a Síndrome de Burnout, que o Ministério da Saúde conceitua como “um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade” (BRASIL, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, é notável como as consequências do Burnout têm efeitos negativos para a organização, para o indivíduo e sua profissão. Visando isso, no Brasil, a síndrome passará a ter o código QD85, dentro da CID-11 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). O trabalhador diagnosticado terá direito a 15 dias de afastamento remunerado. Acima desse período, receberá o benefício previdenciário pago pelo INSS – o auxílio-doença acidentário, que garante a estabilidade provisória, ou seja, este indivíduo não poderá ser dispensado sem justa causa nos 12 meses após o seu retorno (PUC, 2022).

REFERÊNCIAS

1. RAMOS, Trigo Telma, *et al.* Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos [Internet]: São Paulo, SP: jan., 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/6CTppSZ6X5ZZLY5bXPPFB7S/abstract/?lang=pt#:~:text=Burnout%20syndrome%20and%20psychiatric%20disorders&text=CONTEXTO%3A%20s%3ADndrome%20de%20burnout,do%20sentimento%20de%20realiza%C3%A7%C3%A3o%20pessoal>. Acesso em: 22 out. 2022.
2. UNIAD. Um em cada seis profissionais de saúde apresenta sinais de burnout [Internet]. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/noticias/saude/um-em-cada-seis-profissionais-de-saude-apresenta-sinais-de-burnout/>. Acesso em: 22 out. 2022.
3. Roseno, D. A, Cavalcanti, J. R. L. P., & Freire, M. A. M. (2020). Caracterização da síndrome de burnout em enfermeiros em municípios do interior do Estado da Paraíba – Brasil. *Revista Ciência em Saúde*, 10 (1), 01-08. http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/877.
4. ARAGÃO NSC, *et al.* Burnout syndrome and associated factors in intensive care unit nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021; 74(3): e20190535
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Síndrome de Burnout. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 22 out. 2022.

6. PUC. Síndrome de Burnout já é classificada como doença ocupacional. [Internet], Ribeirão Preto: 2022. Disponível em: <https://j.pucsp.br/noticia/sindrome-de-burnout-ja-e-classificada-como-doenca-ocupacional>. Acesso em: 22 out. 2022.



Implementação de ferramenta digital para notificação de riscos relacionados à assistência em hospital: relato de experiência

Michelly Moura Feijó
Erika Hissae Kondo
Luiza Cribari Gabardo
Lenise da Cruz Peratz Leite

DOI: 10.47573/ayd.5379.2.126.9

INTRODUÇÃO

Os processos de atendimento em saúde podem conter diversos pontos de fragilidade com potencial de gerar risco ao paciente. Neste contexto, a segurança do paciente representa uma estrutura geradora de culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes voltados para uma assistência com menor ocorrência de danos evitáveis, diminuindo a probabilidade do erro e reduzindo o impacto do dano quando ele ocorre. ¹

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety*– ICPS) define evento adverso como incidente que resulta em dano ao paciente. Estudos realizados em todo mundo apontam que em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e que destes, 50% são evitáveis. ² Em termos de custos, estima-se que os danos sociais gerados ao paciente gerem um gasto de US \$ 1 a 2 trilhões ao ano. ³

Pensando em modernizar os cuidados em saúde, tendo a segurança do paciente como prioridade estratégica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ajudou a lançar em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Em parceria com líderes e órgãos profissionais em saúde a Aliança tornou-se um veículo global no fomento a políticas e recursos voltados para a melhoria da segurança do paciente.¹ Ao lado de outros países que aderiram à Aliança, o Brasil também está politicamente comprometido com esses mesmos propósitos. ⁴

Em 2016 a OMS em conjunto com a Aliança Mundial para Segurança do Paciente estabeleceu iniciativas decisivas para estabelecer prioridades na busca por um cuidado mais seguro em saúde. Uma dessas iniciativas foi o emblema “Uma Década de Segurança do Paciente 2021-2030” cujo foco principal é formular e implementar o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente visando o grande desafio de atingir cobertura universal em cuidados assistenciais seguros.

Dentre os sete princípios orientadores do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente fazem parte: analisar e compartilhar dados para gerar aprendizado. ¹ Dessa forma, a notificação de eventos adversos em serviços de saúde representa uma ferramenta valiosa de vigilância além de uma fonte para entendermos quais as causas desses eventos e quais seriam as possíveis soluções. ⁵

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) preconiza a notificação de incidentes como estratégia para otimizar a redução dos riscos assistenciais. Ao mesmo tempo, é sabido que, para que haja viabilidade e sucesso nesse processo é imperativo o envolvimento total por parte dos profissionais assistenciais. ⁶

Diante de tal contexto, o objetivo desse trabalho é descrever a experiência do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de um hospital municipal do Paraná na estruturação de um sistema eficaz de notificação em seu serviço.

A análise dos indicadores gerados pela plataforma reflete as necessidades de melhoria, direciona o gerenciamento de risco e permite a aplicação sistemática e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo voltado para relatar a experiência da implantação de uma ferramenta digital para notificação, investigação e monitoramento de riscos relacionados à assistência à saúde em um hospital municipal.

O hospital e maternidade situado na região metropolitana de Curitiba-PR é 100% público e municipal, conta com um total de 153 leitos, faz parte da Rede de Urgência e Emergência estadual com referência na linha do trauma com uma média de atendimento de 250 ambulâncias/mês, fornecendo suporte para diversos municípios próximos. Também é referência na assistência de gestação de alto risco, possui atendimento intensivo neonatal e tem uma média de mensal de 240 nascimentos e 1800 atendimentos às emergências obstétricas e ginecológicas.

Este trabalho faz uma análise dos registros de eventos adversos e demais incidentes hospitalares dentro da Instituição citada durante o ano de 2020. Até maio de 2020 as notificações eram feitas através de formulário em papel. A partir de 20 de junho de 2020 passou-se a utilizar uma ferramenta em plataforma digital para facilitar a comunicação dentro do serviço. Os incidentes que antes eram notificados através do preenchimento de formulários impressos passaram a ser notificados através de formulário *online* no sistema Google Forms.

Esse formulário *on-line* passou a estar disponível através de leitura digital (*Qrcode*) em banners expostos nos painéis de avisos em pontos estratégicos do hospital, bem como na pasta de rede (Documentos Institucionais) em todos os computadores do hospital. O profissional passou a ter a opção de relatar falhas no protocolo de cirurgia segura, problemas na comunicação entre profissionais, erros e falhas relacionados à assistência e à medicamentos, questões de farmacovigilância e tecnovigilância, erros e faltas na identificação do paciente, além de quebras de normas e rotinas, quedas e lesões por pressão. As notificações são passíveis de investigação e apuração dos fatos pelas coordenações setoriais para as devidas providências. Situações de não conformidade recebem fluxos específicos de direcionamento, podendo ser encaminhados para a ANVISA (através do Notivisa) para a Ouvidoria Interna e/ou para o departamento de alta gestão hospitalar.

Posteriormente (a partir de fevereiro de 2022) houve um aprimoramento do recurso com a mudança do sistema de Google *Forms* para o *Airtable*, o que vem proporcionando uma melhor gestão das informações obtidas através das notificações.

RESULTADOS

A plataforma digital estabeleceu um canal de comunicação oficial para a notificação de não conformidades, melhorando a logística de troca de informações como um todo. Dentro dessa nova prática o trabalhador da linha de frente passa a ter mais autonomia para a identificação de riscos e apontamento de falhas e erros assistenciais, o que reforça a atuação nos processos de melhoria e implementação de mudanças, contribuindo para a cultura de segurança. O processo de notificar tornou-se mais simples e mais rápido visto que antes era necessário encontrar o formulário impresso no setor de trabalho, descrever manualmente o incidente e depositar o papel preenchido em urnas estabelecidas em pontos específicos na instituição.

Para a equipe do NSP houve maior agilidade em receber, analisar e direcionar as notificações uma vez que o sistema permite padronização da coleta das informações facilitando a tabulação dos dados coletados. Além disso, proporcionou-se uma forma mais segura para manutenção do sigilo do notificador, estimulando assim um maior número de notificações, já que o registro é realizado através de um link de acesso pelos computadores ou celulares pessoais através de leitura digital (*QRcode*).

A posterior mudança para o sistema *Airtable* permitiu ainda mais facilidade no manejo das informações obtidas. Essa modernização na plataforma proporcionou geração de banco de dados de fácil visualização, através de formato *Kanban*, permitindo a equipe de gestão em qualidade alimentar cada notificação com seus fluxos e tratativas específicos. Passou a ser possível também estabelecimento de prioridades dentre os registros gerados e assim criou-se classificação de “*status*” para cada notificação bem como estabelecimento de prazos acordados com visualização em calendário. O notificador passou também a ter a opção de anexar documentos como fotos e vídeos curtos caso julgue necessário, tornando assim a informação mais completa.

Ao longo do ano de 2020, após a implantação das notificações através do modo *online* houve um aumento de 512% nas notificações comparado ao modelo físico. Dentre todos os registros os mais frequentes foram referentes às quebras de normas e rotinas e nesse quesito houve aumento de 536% em relação ao modo tradicional. Através do gráfico abaixo é possível visualizar que a partir do mês de implantação da plataforma digital (junho) o número de notificações aumentou expressivamente. No referido mês de junho houve apenas 5 notificações em papel até o dia 20 e 62 notificações através de *QRcode* nos 10 dias restantes daquele mês. O pico de notificações ocorreu no mês de julho (total de 132 registros). Já nos meses de outubro e dezembro houve uma redução significativa de relatos (44 e 35 respectivamente) porém ainda bastante superiores em relação aos meses de março a maio quando as notificações ainda eram em papel.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento expressivo de notificações após a implantação do modelo digital denota uma excelente adesão à plataforma por parte dos profissionais. Por outro lado, a ocorrência do pico de notificações um mês após a implantação do sistema seguido da queda dos registros no mês de dezembro remete à necessidade de treinamento contínuo dos funcionários reforçando a importância desse registro para a gestão de riscos assistenciais.

A implantação da plataforma digital mostrou-se um diferencial comparado à forma tradicional uma vez que fornece os dados já planilhados e tabulados, além de ser gratuita. Ademais, permitiu poupar o uso do papel, colaborando com desenvolvimento sustentável econômico e ambiental.

De um modo geral, tem sido possível experienciar uma ferramenta voltada à melhoria do cuidado assistencial que revela em si a importância de trabalharmos a cultura da segurança do paciente buscando sempre ações não punitivas focadas na melhoria dos processos.

REFERENCIAS

1. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
3. SLAWOMIRSKI L, KLAZINGA N. Economics of patient safety: from analysis to action. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2020 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October2020.pdf>, accessed 25 March 2021).
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Glossário da Resolução RDC Nº 04/2009. Segurança do paciente. Brasília, DF: Agência de Vigilância Sanitária, 2016. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-debusca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2894097&_101_type=document. Acesso em: 10 jan. 2018
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva: WHO, 2005. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>. Acesso em: 11 maio 2020.
6. SOUSA, P.; LAGE, M. J.; RODRIGUES, V. Magnitude do problema e os factores contribuintes do erro e dos eventos adversos. In: Sousa P. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENS; 2019. p. 95-112.



Planejamento, desenvolvimento e execução de projeto de sinalização hospitalar: relato de experiência

Lenise Leite Peratz
Michelly Moura Feijó
Luiza Cribari Gabardo
Erika Hissae Kondo
Camila Sampaio Bom de Oliveira
Bruno Vidal Pinto

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.10

OBJETIVO

Relatar o processo de implementação de um projeto de sinalização e identificação predial bilíngue em um hospital municipal do estado do Paraná buscando melhor mobilidade, orientação, conforto e acolhimento para usuários e profissionais do serviço.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde define hospital como “uma organização cuja função básica consiste em proporcionar assistência médica integral, curativa e preventiva”. A palavra hospital é proveniente do latim “*hospitalis*” e “*hospitium*” que designa o lugar onde eram abrigados peregrinos e doentes, ou seja, um local de acolhimento. ¹

Mais recentemente o ambiente hospitalar vem constituindo uma rede centrada na entrega de cuidados em saúde idealmente pautados pela eficiência e pela eficácia aliados ao atendimento humanizado. Para tal, é necessário que as instituições estejam buscando continuamente melhorias nos processos assistenciais, agregando tecnologias e saberes, visando entregar ao usuário um serviço de alta qualidade e segurança. ²

Em geral, os hospitais caracterizam-se por prestarem atendimento a pessoas que estão fragilizadas emocional e fisicamente e que passam a ter que lidar com uma grande quantidade de informações. Trata-se de um ambiente tão complexo que até mesmo profissionais habituados à estrutura muitas vezes costumam não a conhecer em toda sua abrangência. ³

A Política Nacional da Humanização preconiza, com apoio do Ministério da Saúde, a valorização da ambiência nos serviços de saúde através da criação de espaços físicos saudáveis tanto para as práticas profissionais quanto para o desenvolvimento de relações interpessoais, em harmonia com um modelo humanizado de cuidado. ⁴ Dentro desse contexto, a ambiência hospitalar se faz possível quando a comunicação visual é bem planejada nesses ambientes. ⁵ Em sua tese de doutorado, Ribeiro (2009, p. 17) ressalta que em estruturas prediais complexas é fundamental que o gestor não negligencie a organização das informações e se atente sempre a disponibilizá-las de maneira clara e organizada em benefício de seus usuários. ^{3,5} Tais informações podem ser colocadas através de textos, cores, símbolos e imagens e representadas em estruturas como letreiros, placas, fachadas, luminosos, *banners*, totens e painéis constituindo a comunicação visual em si. ^{3,6}

Entende-se por comunicação visual intencional aquela que busca transmitir informações precisas. ⁷ No âmbito hospitalar a disposição dessas informações requer atenção para algumas singularidades, sobretudo quanto a sinalização de espaços restritos, áreas de risco e situações que podem propiciar contaminação por exemplo. ³ Quando bem elaborada e disponibilizada a identificação predial hospitalar age em prol de facilitar a comunicação, identificar ambientes, orientar percursos e indicar riscos, além de transmitir para pacientes, familiares e profissionais da instituição um senso de organização e segurança. ⁶

Um hospital municipal do Paraná, buscando melhor orientar e guiar os usuários e colaboradores no território hospitalar, permitir melhor mobilidade, e otimizar os processos hospitalares implantou um sistema de sinalização com linguagem bilíngue. Tal necessidade surgiu devido às

características geográficas nas quais o hospital está inserido. Localizando-se a cerca de 4 km de distância de um aeroporto internacional o referido serviço constitui a principal referência local para atendimento ao trauma, estando próximo a estradas e rodovias principais, chegando ao atendimento em média de 250 ambulâncias ao mês, além da prestação de outros serviços como pronto atendimento clínico e cirúrgico adulto e assistência materno-infantil através do centro obstétrico, da maternidade e da unidade de terapia intensiva neonatal. Este hospital possui um fluxo de atendimento no pronto socorro de cerca de 4.000 atendimentos/mês e no pronto atendimento de 1800 atendimentos/mês.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo voltado para relatar a experiência da implantação de um projeto de sinalização e identificação em hospital municipal do Paraná.

A etapa inicial do projeto consistiu no planejamento, dentro do qual buscou-se realizar um diagnóstico situacional para analisar de que modo era sinalizado o ambiente até então. Notou-se que a identificação predial, quando existente, era bastante precária. Em alguns setores as poucas placas existentes encontravam-se ultrapassadas e com informações equivocadas e em outros a sinalização era feita por meio de papel sulfite.

Constatou-se que, de modo geral, havia uma grande poluição visual e falta de padronização e organização em relação à comunicação visual. A partir dessa realidade, em meados de 2020 e ao longo de todo aquele ano, a equipe do Setor de Qualidade e Projetos do hospital em questão passou a se envolver em um plano de ação para implantar um projeto de identificação hospitalar.

Na etapa seguinte foi realizado um mapeamento do território hospitalar com base na planta do Projeto de Prevenção de Incêndios da instituição. A planta permitiu a visualização de todo o serviço, possibilitando o dimensionamento dos materiais a serem utilizados, bem como, serviu de orientação para detecção de pontos estratégicos para sinalizações e identificações.

Posteriormente foram realizadas visitas e reuniões in loco nos setores hospitalares para definir quais as necessidades específicas de cada equipe em relação a disponibilização das informações. Ocorreu, portanto, a participação intersetorial na elaboração dos materiais com a finalidade de tornar a comunicação o mais funcional e útil possível a todos.

Uma vez definido o conteúdo da comunicação hospitalar, foi feita a escolha da arte e do *design*, atentando para buscar a identidade visual do serviço, de modo claro, objetivo e harmônico. Nesse momento também foi realizada a revisão do conteúdo de cada placa de sinalização tanto nas versões em português como em inglês.

Por fim ocorreu a impressão gráfica das mensagens, seguido da instalação das mesmas em todos os setores assistenciais.

RESULTADOS

Notou-se que a reformulação da comunicação visual no serviço, de modo geral, melho-

rou a dinâmica de troca de informações entre as pessoas que frequentam o local.

Pelo fato de se tratar de um hospital muito próximo a um aeroporto internacional, a implantação do modelo de identificação na forma bilíngue tem sido importante no acolhimento de pacientes e acompanhantes estrangeiros.

Os profissionais do hospital receberam a novidade com bastante entusiasmo. Muito se comentou sobre a drástica redução da poluição visual desde o primeiro momento da instalação dos novos identificadores. Além disso, a atual sinalização predial costuma ser notada com admiração por equipes externas de grandes hospitais durante visitas técnicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivida com a implementação desse projeto mostrou que é possível fazer grande diferença na criação da ambiência hospitalar em um hospital público através da inovação e da criatividade.

A modernização implantada no serviço tem sido fundamental para manter a segurança dos usuários, uma vez que permite aos mesmos maior senso de localização, conforto para deslocamento e até mesmo mais autonomia. Em relação a instituição, houve um fortalecimento da identidade visual da mesma, imprimindo maior credibilidade também para a equipe de trabalho. Os profissionais, por sua vez, beneficiam-se de um ambiente mais organizado, seguro e acolhedor para todos.

Apesar de todo o avanço já alcançado há espaço para ir além e prosseguir otimizando a comunicação visual no ambiente hospitalar. O atual trabalho trouxe motivação para a busca de ideias ainda mais inovadoras nesse cenário. A implantação de sistemas de identificação em modo trilingue, em braile e por Sistema *Wayfinding* configuram modelos a serem buscados visando uma assistência mais moderna e inclusiva.

REFERENCIAS

MARTINS Alan. Breve História do Hospital. Disponível em: <https://anatomiadapalavra.com/2018/06/05/breve-historia-do-hospital/>. Acesso em 02 de novembro de 2022.

MARTINS Vânia Paiva. A Humanização e o Ambiente Físico Hospitalar. Anais do I Congresso Nacional da ABDEH – IV seminário de engenharia clínica – 2004. Disponível em <https://blog.metzger.com/referencia-de-artigo/#:~:text=SOBRENOME%2C%20Nome.,%2C%20m%C3%AAs%2C%20ano%20de%20publica%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 08 de novembro de 2022.

OLIVEIRA, Mônica de Moraes. O caráter multidisciplinar da comunicação visual em hospitais. 2012. Tese (Doutorado em Interfaces Sociais da Comunicação) - Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/T.27.2012.tde-22052013-151533. Acesso em: 2022-11-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização. Humaniza Sus. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 05 de novembro de 2022.

RIBEIRO, Lúcia Gomes. Onde estou? Para onde vou? Ergonomia do ambiente construído: wayfinding e aeroportos. 2009. Tese (Doutorado em Design). Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ministério da Educação

Manual de Sinalização dos Hospitais Universitários - 1ª edição - Produzido pelo Serviço de Apoio à Manutenção Predial e Obras - Brasília: EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2018.

MUNARI, Bruno. Design e Comunicação Visual. São Paulo: Martins Fontes, 1997.



Principais instrumentos de avaliação funcional utilizados por fisioterapeutas em unidade de terapia intensiva

Maycom Carvalho da Silva

Graduando em Fisioterapia pela Universidade da Amazônia – UNAMA

Alicea Ferreira de Brito

Graduanda em Fisioterapia-UniFacema

Filipe Santos Monteiro

Pós-graduado em Fisioterapia Respiratória – UniAmérica

Harysson Rodrigues de Paiva

Graduando em fisioterapia – FRT

Manoel Samuel da Cruz Neto

Especialista em Urgência e Emergência, Mestre em Saúde Pública.

Suellen Oliveira da Silva Miranda

Doutoranda em Neurociências e Biologia Celular UFPA

Marina Stancoloviche Veiga Brangioni

Pós graduanda em fisioterapia em terapia intensiva adulto - Albert Einstein

Gabriela de Lima Teixeira

Graduanda em fisioterapia - Faculdade Dom Alberto

Kaylane Maria Pereira Lozi

Graduanda em fisioterapia - UNIRENTOR

Yuri Sena Melo

Graduado em fisioterapia - UNINORTE

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.11

RESUMO

Vários instrumentos podem ser utilizados com o objetivo de avaliar a capacidade funcional de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Pois sabemos que quanto maior o tempo de internação desses pacientes, maior será a predisposição de complicações funcionais por causa do imobilismo, e com isso o fisioterapeuta precisa dispor de diversas técnicas e escalas que avaliem a capacidade funcional dessa população. O objetivo desse estudo foi descrever, através de uma revisão da literatura, as principais escalas utilizadas para avaliar a capacidade funcional de pacientes em unidades de terapia intensiva. Trata-se de uma revisão de literatura realizada nas seguintes bases de dados: Medline, Scopus, Lilacs, Scielo, MEDLINE (via BVS) e Science Direct, no período de junho de 2022 e encerrada no dia 15 de julho do mesmo ano. Foi usada a combinação das seguintes palavras chaves no campo de pesquisa: (unidade de terapia intensiva OR paciente crítico OR capacidade funcional) AND fisioterapia. Foram encontrados inicialmente 123 artigos dos quais, com base nos critérios estabelecidos, 23 foram selecionados, referentes a um total de 4 instrumentos de avaliação da funcionalidade mais utilizados em unidades de terapia intensiva. Diversas escalas disponíveis na literatura avaliam aspectos da capacidade funcional em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Assim, os instrumentos MIF – Medida de Independência Funcional, Índice de Barthel, MRC - Medical Research Council e Perme Intensive Care Unit Mobility foram os mais utilizados.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva. capacidade funcional. fisioterapia. avaliação.

ABSTRACT

Several instruments can be used to assess the functional capacity of patients hospitalized in Intensive Care Units (ICU). Because we know that the longer the hospitalization time of these patients, the greater the predisposition to functional complications due to immobility, and with this, the physical therapist needs to have different techniques and scales that assess the functional capacity of this population. The objective of this study was to describe, through a literature review, the main scales used to assess the functional capacity of patients in intensive care units. This is a literature review carried out in the following databases: Medline, Scopus, Lilacs, Scielo, MEDLINE (via VHL) and Science Direct, in June 2022 and ended on July 15 of the same year. The combination of the following keywords in the research field was used: (intensive care unit OR critical patient OR functional capacity) AND physical therapy. Initially, 123 articles were found, of which, based on the established criteria, 23 were selected, referring to a total of 4 functionality assessment instruments most used in intensive care units. Several scales available in the literature assess aspects of functional capacity in patients admitted to the Intensive Care Unit. Thus, the instruments MIF - Functional Independence Measure, Barthel Index, MRC - Medical Research Council and Perme Intensive Care Unit Mobility were the most used.

Keywords: intensive care unit. functional capacity. physiotherapy. evaluation.

INTRODUÇÃO

Devido ao grande avanço científico e tecnológico na área da terapia intensiva, a sobrevivência de pacientes internados aumentou, por outro lado, o tempo de permanência na unidade de

terapia intensiva também aumentou (CHIANG *et al.*, 2006; JACOB *et al.*, 2021). Diante disso, quanto maior o tempo de internação desses indivíduos, maior será a predisposição de complicações funcionais por causa do imobilismo, como por exemplo, diminuição do diâmetro da massa muscular, riscos de sepse e déficit de movimentos articular. Tais complicações podem alterar drasticamente a capacidade funcional do indivíduo, resultando assim no maior período de hospitalização e conseqüentemente perda da mobilidade (SOUZA *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2019).

O estudo da capacidade física do ser humano vem sendo investigado há muito tempo pelo motivo da importância clínica (AIRES, 2020). Diante disso, a capacidade funcional pode ser descrita como a habilidade para realizar atividades que possibilitam à pessoa cuidar de si mesma e viver de forma independente (SILVA, 2021). Ou seja, é a capacidade de o ser humano possuir uma vida autônoma. Diversos estudos já demonstraram que indivíduos internados por muito tempo em unidades de terapia intensiva têm a sua capacidade funcional reduzida (BORGES *et al.*, 2010; CAMARGO *et al.*, 2020; PARENTE, 2015; SILVA *et al.*, 2017)

Uma revisão publicada recentemente descreveu que os principais diagnósticos fisioterapêuticos encontrados em pacientes internados em UTI (unidade de terapia intensiva) são: diminuição da força muscular, déficit do desempenho da marcha, diminuição da amplitude de movimento, alteração dos tônus musculares, diminuição da capacidade respiratória (ALMEIDA, 2022). A atuação do fisioterapeuta intensivista tem como objetivo principal reduzir o tempo de hospitalização, para isso é preciso que este profissional avalie criteriosamente cada paciente e posteriormente planeje um tratamento adequado e individualizado. Estas intervenções fisioterapêuticas têm como condutas exercícios para o fortalecimento muscular, ganho de amplitude de movimento, exercícios respiratórios e condicionamento cardiovascular (ALMEIDA, 2022).

Vários instrumentos podem ser utilizados com o objetivo de avaliar a capacidade funcional desses pacientes, na prática da reabilitação motora e em estudos para diagnósticos e prognósticos, bem como também para avaliação dos resultados do plano de tratamento proposto. Visando demonstrar a importância do desenvolvimento de pesquisas que utilizem escalas específicas para este perfil de pacientes, levando em consideração suas diversas peculiaridades clínicas e funcionais, e facilitar a difusão das mesmas no meio científico e sua aplicação no âmbito da Fisioterapia intensiva, o objetivo desse estudo foi descrever, através de uma revisão da literatura, as principais escalas utilizadas para avaliar a capacidade funcional de pacientes em unidades de terapia intensiva, discutindo sua aplicabilidade na conduta fisioterapêutica.

MÉTODO

Tipo de estudo e pergunta de pesquisa

Esta revisão de literatura foi baseada no *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*, que preconiza a formulação da pergunta de pesquisa, definida por "Quais os principais instrumentos utilizados para avaliação da capacidade funcional de pacientes internados em unidade de terapia intensiva?"

Estratégia de busca dos artigos

A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: Medline, Scopus, Lilacs,

SciELO, MEDLINE (via BVS) e Science Direct, no período de junho de 2022 e encerrada no dia 15 de julho do mesmo ano. Foi usada a combinação das seguintes palavras chaves no campo de pesquisa: (unidade de terapia intensiva OR paciente crítico OR capacidade funcional) AND fisioterapia. Foram incluídos estudos do tipo experimental, observacional e descritivo, sem limitação de data, nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram excluídos artigos que preenchessem qualquer dos critérios a seguir: a) artigos de revisão; b) estudo de caso; c) série de caso; d) monografias, e) dissertações, f) estudos publicados em anais de eventos; g) artigos sem acesso na íntegra.

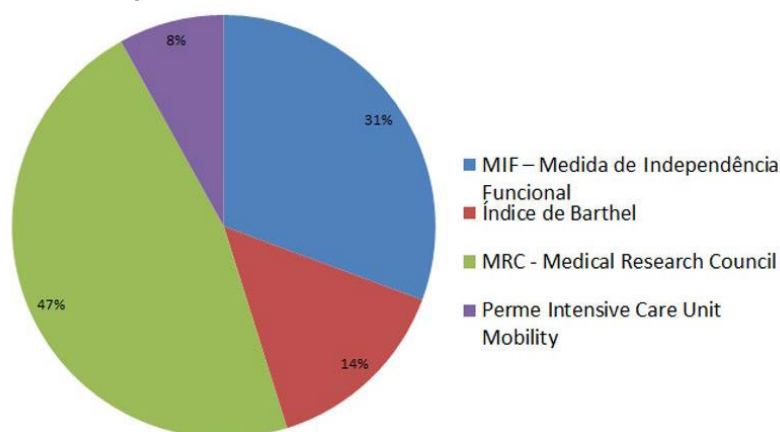
Etapas das seleções dos estudos

Os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados em 3 etapas: (1º etapa) identificação através da estratégia de busca) foram excluídos os artigos que se encontravam repetidos em mais de uma bases de dados; (2º etapa): foi realizado a leitura do título e os que não obedeceram aos critérios de inclusão foram excluídos; (3º etapa): o mesmo procedimento foi realizado com análise dos resumos dos estudos incluídos na etapa anterior; (4º etapa): e a última etapa foi realizada a leitura na íntegra de todos os estudos incluídos na etapa anterior.

RESULTADOS

Foram encontrados inicialmente 123 artigos dos quais, com base nos critérios estabelecidos, 23 foram selecionados, referentes a um total de 4 instrumentos de avaliação da funcionalidade mais utilizados em unidades de terapia intensiva.

Figura 1- Principais instrumentos utilizados nos estudos selecionados



MIF – Medida de Independência Funcional

MIF – Medida de Independência Funcional: é um instrumento o qual é composto por 18 itens. Esses itens avaliam a capacidade funcional através das seguintes atividades: atividade de auto-cuidado (comer, aprontar-se, banhar-se, vestir a parte superior do tronco, vestir a parte inferior do corpo e toalete); atividades de transferências ou mobilidade (cama/ cadeira / cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira/ chuveiro); atividades de locomoção (cadeira de rodas/ marcha e subir escadas); controle esfinteriano (bexiga e intestino); atividades de comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória). Cada uma destes itens recebe um escore que vai de 1-dependência total a 7-independência completa, com uma pontuação total que varia de 18 a 126.

Índice de Barthel

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de 10 atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Sua pontuação varia de 0-100, A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades de vida diárias avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas (MAHONEY E BARTHEL, 1965).

MRC - Medical Research Council

Neste instrumento são avaliados 12 grupos musculares por meio de 3 movimentos de membros superiores: (extensão do punho, flexão do cotovelo e abdução do ombro) e 3 de membros inferiores, (dorsiflexão do pé, extensão do joelho, flexão do quadril) totalizando 6 movimentos osteocinemáticos aplicados bilateralmente. A graduação de força varia de 0 a 60 pontos, sendo 0 considerado (plegia) e 60 (força normal), são considerados pacientes com fraqueza muscular adquirida na UTI os com escore menor que 48 (MARTINEZ *et al.*, 2013; ALI *et al.*, 2008).

Perme Intensive Care Unit Mobility

É um instrumento que mede, de forma objetiva, a mobilidade do paciente internado na unidade de terapia intensiva, iniciando com a capacidade de responder a comandos verbais e posteriormente com a distância de caminhada em dois minutos. Esse instrumento de mobilidade apresenta um escore que varia de 0 a 32 pontos, divididos em 15 itens, agrupados em 7 categorias. Nessa escala, uma pontuação maior indica ótima mobilidade e menor necessidade de assistência. Inversamente, uma pequena pontuação indica déficit de mobilidade e maior necessidade de assistência (PERME, 2014).

DISCUSSÃO

Esta revisão identificou quatro instrumentos de avaliação da capacidade funcional de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Tais instrumentos englobam aspectos diferenciados da função da funcionalidade e podem ser agrupados de acordo com os aspectos que enfatizam: aspectos estruturais e funcionais do corpo, capacidade de execução de uma tarefa e aspectos relativos ao cuidado pessoal.

Indivíduos que permaneceram internados em unidade de terapia intensiva por mais de 48 horas apresentaram maiores riscos de déficits funcionais, diante disso, pode-se sugerir real relevância da avaliação da capacidade funcional através de instrumentos de quantificação, fornecendo ao fisioterapeuta a real situação do indivíduo e de sua qualidade de vida, tais como a força muscular e seu estado de saúde (MEDEIROS. 2009; SAVEGNAGO *et al.*, 2012; MARTINEZ *et al.*, 2013).

Sobre os estudos que utilizaram a MIF (MARTINEZ *et al.*, 2013; CORDEIRO E SANTOS, 2015; CHIANG *et al.*, 2006). De acordo com Granger; Hamilton (1897) este instrumento é organizado pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade independente e sua capacidade cognitiva com ou sem necessidade de assistência de outra pessoa ou recurso de adaptação. Martinez *et al.* (2013) sugere que a redução da capacidade funcional esteja rela-

cionada com diversos fatores os quais os pacientes podem estar expostos, tais como: tempo de circulação extracorpórea, uso de medicamentos, complicações pós-operatórias, dor, geralmente referida neste período, e também a restrição de mobilidade devido ao internamento na Unidade de Terapia Intensiva. Em seu estudo de coorte prospectivo composto por indivíduos submetidos à cirurgia cardíaca submetidos à avaliação da funcionalidade em dois momentos: no momento pré-operatório e no momento da alta da Unidade de Terapia Intensiva. A escala escolhida para avaliação da funcionalidade foi a Mensuração da Independência Funcional (MIF). O autor concluiu que houve uma redução significativa do grau de capacidade funcional, quando comparados os períodos pré-operatório e pós-operatório. Corroborando com os achados de Martinez *et al.* (2013), Cordeiro e Santos, 2015 concluíram também que pacientes no pré-operatório a pontuação média da MIF foi de 126 e na alta hospitalar foi de 103. Segundo o autor, o período de internação na unidade de terapia intensiva causa uma redução na capacidade funcional. Podemos inferir que a Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de fácil utilização que é recomendado para a avaliação da capacidade funcional desse perfil de pacientes.

O estudo de CHIANG *et al.* (2006) utilizou em seu estudo o instrumento índice de Barthel. Esse instrumento foi criado para avaliar a resposta à reabilitação de indivíduos com doença neurológica crônica (MAHONEY; BARTHEL, 1965). Ele é considerado também um dos instrumentos mais utilizados na avaliação da capacidade funcional da população (PAIXÃO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2005). Por ser um instrumento de fácil utilização, ele vem sendo frequentemente utilizado em unidades de terapia intensiva (DENG *et al.*, 2016; VILLA *et al.*, 2016; SCHWEICKERT *et al.*, 2009 e NEDERGAARD *et al.*, 2015). O estudo observacional realizado por Reis (2019) demonstrou que este instrumento é válido e confiável para ser aplicado na Unidade de Terapia Intensiva e apresenta um grau quase perfeito de consistência interna, de moderado a excelente de concordância e excelente de confiabilidade entre os avaliadores.

Oito estudos utilizaram o instrumento Medical Research Council. Diante disso, os pacientes críticos adultos com risco para declínio funcional, devem ser avaliados por esse instrumento com objetivo de verificar a força muscular periférica, e assim determinar o início da fraqueza muscular adquirida na UTI (FRANÇA *et al.*, 2012). Por outro lado, é bom ressaltar que para utilização dessa escala o paciente tem que estar cooperativo, alerta e motivado aos comandos do fisioterapeuta. Um estudo publicado por Lima *et al.*, 2010, mostrou que a força muscular periférica avaliada pela Medical Research Council (MRC) influenciou no sucesso da decanulação de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Podemos inferir que este instrumento pode ser utilizado por fisioterapeutas com objetivo de avaliação funcional e como critério de remoção da traqueostomia, pois o imobilismo e o déficit de força muscular são as complicações mais encontradas em Unidades de Terapia Intensiva, principalmente em indivíduos que necessitam de longos períodos de ventilação mecânica (VASSILAKOPOULOS, 2008; CHIANG *et al.*, 2006; CHAMBER; MOYLAN, 2009).

Sobre os estudos que utilizaram a Escala Perme. Embora seja um instrumento capaz de mensurar a melhora da mobilidade em pacientes críticos em unidade de terapia intensiva, possibilitar prognósticos, embasar possíveis estratégias terapêuticas de forma individual com o objetivo de resgatar e manter o máximo nível de mobilidade até o momento da alta da UTI parece ser pouco empregado para o diagnóstico cinético funcional e prescrição terapêutica (COSTA *et al.*, 2022). Por outro lado, ela tem uma boa confiabilidade e concordância interexaminadores para a maioria dos domínios da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) e avalia ainda

subdomínios de mobilidade incluindo: posição deitada (d4100), sentada (d4103), em pé (d4104), manter a posição sentada (d4153), manter uma posição em pé (d4154), transferir-se enquanto está sentado (d4200) e caminhar distâncias curtas (d4500), sendo, portanto, um instrumento amplo e valioso capaz de mensurar a evolução da mobilidade na Unidade de terapia Intensiva dos pacientes críticos (KAWAGUCHI. *et al.*, 2016; GONZÁLEZ *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas escalas disponíveis na literatura avaliam aspectos da capacidade funcional em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Assim, os instrumentos MIF – Medida de Independência Funcional, Índice de Barthel, MRC - Medical Research Council e Perme Intensive Care Unit Mobility foram os mais utilizados. Contudo, é importante enfatizar que, por causa do baixo número de pesquisas sobre a temática, compreendemos que há bastante espaço para novas hipóteses e discussões.

REFERÊNCIAS

- AIRES, Marinês; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; MORAIS, Eliane Pinheiro de. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, p. 11-17, 2010. LEITE AK, *et al.* Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ. *Revista enfermagem atual inderme*, 2020; 91(29)
- ALI, A Naeem. *et al.* Acquired Weakness, Handgrip Strength, and Mortality in Critically Ill Patients. *American journal of respiratory and critical care medicine* vol 178 2008.
- ALMEIDA SANTOS FILHO, Alessandro Batista *et al.* Diagnóstico fisioterapêuticos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, p. e35511932107-e35511932107, 2022.
- ALMEIDA SANTOS FILHO, Alessandro Batista *et al.* Diagnóstico fisioterapêuticos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 9, p. e35511932107-e35511932107, 2022.
- BORGES VM, *et al.* Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2010; 21(4): 446-452.
- CAMARGO JBG, *et al.* Mobilidade funcional de pacientes críticos em terapia intensiva: um estudo piloto. *Rev. Aten. Saúde*, 2020; 18(63): 14-20.
- CHAMBERS, Melissa A.; MOYLAN, Jennifer S.; REID, Michael B. Physical inactivity and muscle weakness in the critically ill. *Critical care medicine*, v. 37, n. 10, p. S337-S346, 2009.
- CHIANG, Ling-Ling *et al.* Effects of physical training on functional status in patients with prolonged mechanical ventilation. *Physical therapy*, v. 86, n. 9, p. 1271-1281, 2006.
- CHIANG, Ling-Ling *et al.* Effects of physical training on functional status in patients with prolonged mechanical ventilation. *Physical therapy*, v. 86, n. 9, p. 1271-1281, 2006.
- CORDEIRO AL, Melo TA, SANTOS AM e Lopes GL. Influência temporal da ventilação mecânica sobre a

independência funcional em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: revisão da literatura. *Fisioterapia em Movimento*. Curitiba PR, v. 28, n. 4, p.859-864, dez. 2015

COSTA, Rayana Fialho *et al.* A utilização da escala Perme como um instrumento de avaliação na Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 4, p. e10045-e10045, 2022.

COSTA, Rayana Fialho *et al.* A utilização da escala Perme como um instrumento de avaliação na Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 4, p. e10045-e10045, 2022.

DENG, Huan *et al.* Effects of mobility training on severe burn patients in the BICU: A retrospective cohort study. *Burns*, v. 42, n. 7, p.1404- 1412, nov. 2016

FRANÇA *et al.* Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. São Paulo, v. 24, n.1, jan-mar. 2012. 6-22p.

GONZÁLEZ-SEGUEL, Felipe; CORNER, Evelyn Jane; MERINO-OSORIO, Catalina. International classification of functioning, disability, and health domains of 60 physical functioning measurement instruments used during the adult intensive care unit stay: a scoping review. *Physical therapy*, v. 99, n. 5, p. 627-640, 2019.

GRANGER, C. V.; HAMILTON, B. B. Uniform data set for medical rehabilitation. Buffalo, NY: Research Foundation, State University of New York, 1987.

JACOB, Prasobh *et al.* Multidisciplinary, early mobility approach to enhance functional independence in patients admitted to a cardiothoracic intensive care unit: a quality improvement programme. *BMJ open quality*, v. 10, n. 3, p. e001256, 2021.

KAWAGUCHI, Yurika Maria Fogaça *et al.* Perme IntensiveCare Unit Mobility Score e ICU Mobility Scale: tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa falada no Brasil. *Jornal brasileiro de pneumologia*, v. 42, p. 429-434, 2016.

LIMA, Cibelle Andrade *et al.* Influence of peripheral muscle strength on the decannulation success rate. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 23, p. 56-61, 2011.

MAHONEY, Florence I. *et al.* Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland state medical journal*, v. 14, n. 2, p. 61-65, 196

MARTINEZ *et al.* Declínio funcional em uma unidade de terapia Intensiva (UTI). *Revista Inspirar movimento & saúde*. Curitiba, v.6, n.2, mar-abr. 2013. 1-5p. 14.

MARTINEZ, Bruno Prata *et al.* Declínio funcional em uma unidade de terapia intensiva (UTI). *Revista Inspirar movimento e saúde*, v. 5, n. 1, 2013.

MEDEIROS, Maria Estela de; GUERRA, R. O. Tradução, adaptação cultural e análise das propriedades psicométricas do Activities of Daily Living Questionnaire (ADLQ) para avaliação funcional de pacientes com a doença de Alzheimer. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 13, p. 257-266, 2009.

NEDERGAARD, Helene Korvenius *et al.* Non-sedation versus sedation with a daily wake-up trial in critically ill patients receiving mechanical ventilation-effects on physical function: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, v. 16, n. 1, p.310-320, jul. 2015.

PAIXÃO JUNIOR, Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p.7-19, fev. 2005.

PARENTE, Layse de Medeiros. Avaliação da capacidade funcional dos pacientes em terapia intensiva. 2015.

Perme C, Nawa RK, Winkelman C, Masud F. A tool to assess mobility status in critically ill patients: The Perme Intensive Care Unit Mobility Score. *Methodist Debaquey Cardiovasc J*. 2014;10(1):41-9. <http://dx.doi.org/10.14797/mdcj-10-1-41>

REIS, Nair Fritzen dos *et al*. Avaliação das propriedades psicométricas do índice de Barthel para terapia intensiva. 2019.

ROCHA, Julio David Nascimento *et al*. Impacto da capacidade funcional na mortalidade seis meses após alta em idosos internados em UTI. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 9, n. 3, p. 301-306, 2019.

SAVEGNAGO, Alana Karla *et al*. Revisão sistemática das escalas utilizadas para avaliação funcional na doença de Pompe. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 30, p. 272-277, 2012.

SCHWEICKERT, William D. *et al*. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*, v. 373, n. 9678, p.1874-1882, maio 2009.

SILVA, Fernanda RR *et al*. Avaliação da capacidade funcional dos pacientes em uso de ventilação mecânica internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. v. 16, n. 1, p. 6-15, 2017.

SILVA, Laricy Mariana Costa da. Capacidade funcional de pacientes hospitalizados: revisão de literatura. 2021.

SOUSA AAD, *et al*. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sciences*. 2018; 43(1): 14-24.

VASSILAKOPOULOS, Theodoros. Ventilator-induced diaphragm dysfunction: the clinical relevance of animal models. *Intensive care medicine*, v. 34, n. 1, p. 7-16, 2008.

VILLA, Patricia *et al*. Functional Status and Quality of Life in Elderly Intensive Care Unit Survivors. *Journal Of The American Geriatrics Society*, v. 64, n. 3, p.536-542, mar. 2016.



A atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero

The role of nurses in the prevention of cervical cancer

Cícera Maria da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

Janielly Cabral Vilaça

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

Jessyca Câmara caldas da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

Jéssica Fabiana Gomes da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

Rafaela dos Santos Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Paulista – UNIP

Januzilla Amaral

Docente Especialista da Universidade Paulista – UNIP

DOI: 10.47573/aya.5379.2.126.12

RESUMO

O câncer de colo uterino é uma das patologias com maior possibilidade de diagnóstico precoce, sendo o exame de citológico um método de rastreamento universal para câncer de colo uterino. Assim, o artigo tem como tema a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero. Por isso, ele é atualmente considerado um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de estratos sociais e econômicos mais baixos e que se encontra em plena fase produtiva. O artigo tem como objetivo destacar a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero. Visto que é função do enfermeiro da unidade básica de saúde promover uma atenção básica, pois se tem mostrado fundamental para a expansão e a consolidação da estratégia de reorganização do modelo prevenção e promoção. A pesquisa refere-se a uma análise descritiva e retrospectiva de conteúdo como exame Papanicolaou, câncer do colo do útero no qual foi notório destacar a função da enfermagem que é atender a pessoa na sua totalidade, promovendo o bem estar e a dignidade as pacientes. Portanto, conclui-se que a enfermagem se trata do processo que resgata o cuidado de prestar uma prevenção e promoção em atendimento qualificado, fazendo entender que o paciente é um ser humano único e que merece respeito.

Palavras-chave: enfermagem. exame papanicolau. câncer do colo de útero.

ABSTRACT

Cervical cancer is one of the pathologies with the greatest possibility of early diagnosis, and the cytological examination is a universal screening method for cervical cancer. Thus, the article has as its theme the role of nurses in the prevention of cervical cancer. Therefore, it is currently considered a public health problem in developing countries, as it reaches high rates of prevalence and mortality in women from lower social and economic strata and who are in full production. The article aims to highlight the role of nurses in the prevention of cervical cancer. Since it is the role of the nurse in the basic health unit to promote basic care, as it has been fundamental for the expansion and consolidation of the strategy of reorganization of the prevention and promotion model. The research refers to a descriptive and retrospective analysis of content such as pap smear, cervical cancer in which it was notorious to highlight the role of nursing, which is to assist the person in its entirety, promoting the well-being and dignity of patients. Therefore, it is concluded that nursing is the process that rescues the care of providing prevention and promotion in qualified care, making it understand that the patient is a unique human being and deserves respect.

Keywords: nursing. pap smear. cervical cancer.

INTRODUÇÃO

O referido artigo tem a finalidade de contribuir com informações sobre a importância da atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero. Assim, o câncer de colo uterino se inicia com alterações anormais das células superficiais do colo do útero, as lesões precursoras, que se diagnosticado e tratado a tempo são curáveis. Mas, para esse diagnóstico acontecer, utiliza-se como prevenção secundária o rastreamento de mulheres entre 25 e 64 anos de idade, que é o exame citopatológico, popularmente conhecido como preventivo (GASPAR, 2021).

Ainda corroborando com a ideia de Azevedo *et al.* (2016) pode-se afirmar que o exame citopatológico trata-se de um método de rastreamento do câncer de colo de útero mais eficaz no que diz respeito ao rastreamento do CCU e nas observações de alterações na cérvix uterina, sendo um método simples, de baixo custo, indolor e de fácil execução existente até então. Com isso, o exame citopatológico é um tema tão importante na saúde da mulher, que se detectado a tempo será possível evitar um avanço maior do câncer de colo de útero.

Com isso, esse tipo de câncer é atualmente considerado um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de estratos sociais e econômicos mais baixos e que se encontra em plena fase produtiva. A Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) constitui um conjunto de princípios e diretrizes reservado para orientar a população feminina acima dos 10 anos, contemplando toda a assistência às mulheres nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 1984).

Conforme pesquisa do IBGE (2020) no ano de 2018 6,6% da população feminina foram detectados com casos de câncer em mulheres de todo o mundo foi o câncer de colo uterino, enquanto que no Brasil, a taxa de mortalidade do câncer de colo de útero, conforme a localização primária do tumor, foi de 6%. Estima-se, segundo o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), que o Brasil registrará 16.590 novos casos de câncer de colo de útero, o que representa 7,4% dos novos casos entre as mulheres, para cada ano no triênio 2020-2022. Sendo um problema de saúde pública, por esse motivo, é fundamental que a enfermagem trabalhe com mais informação, isso através da promoção e prevenção para minimizar esses casos.

O referido estudo surgiu em virtude do alto índice dos casos de câncer do colo do útero, diante disso é fundamental que os profissionais de enfermagem realizem atendimentos em parceria com o Sistema Único de Saúde, com base na função técnica utilizada pelos profissionais de enfermagem, pois se sabe que é responsabilidade do enfermeiro aplicar ações que visem melhorar a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero na unidade básica de saúde.

Com isso, o artigo tem como objetivo destacar a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo de útero. Pois, a presença do enfermeiro na atenção básica tem-se mostrado fundamental para a expansão e a consolidação da estratégia de reorganização do modelo prevenção e promoção à saúde da mulher.

O referente estudo é do tipo descritivo e retrospectivo, nas quais foram realizadas as seguintes etapas: busca pelos artigos relacionados ao tema, leitura dos artigos, análise e apresentação dos resultados obtidos, adotando-se como critérios de inclusão artigos em idioma português, relacionados à enfermagem, exame Papanicolau, câncer do colo de útero.

Assim, os profissionais de enfermagem estão diretamente ligados à mobilização das mulheres dentro da rede básica para que desperte o interesse pela consulta regular, quanto ao exame de rastreamento oportunístico (RAMOS; SANCHEZ; SANTOS, 2016). E por fim, determinar a importância da atuação do enfermeiro na prevenção dessa neoplasia, destacando a importância de sua detecção precoce.

CÂNCER DO COLO DE ÚTERO

Conforme pesquisas pode-se conceituar que o câncer do colo de útero é uma neoplasia maligna com alto potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Assim, a taxa de morbimortalidade tem aumentado nos últimos anos e se configura como um problema de saúde pública.

O câncer colo uterino pode desenvolver-se do epitélio escamoso do ectoderma ou do epitélio escamoso colunar do canal cervical e é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão. O principal fator de risco para o câncer colo uterino é o papiloma vírus humano (HPV), que pode ser adquirido através de relações sexuais desprotegidas sem uso de preservativo, alguns outros fatores que colaboram para o desenvolvimento do câncer colo uterino são as condições de baixo nível socioeconômico, o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais e o tabagismo (OLIVEIRA, *et al.*, 2016).

O câncer de colo uterino é considerado uma patologia de alto agravo na saúde pública mundial, sendo que na maioria dos casos o desenvolvimento ocorre de maneira lenta, passando por algumas fases caracterizadas como pré-clínica, que é detectável e curável. Em segundo lugar de incidência estão as causas de morte por afecções na população feminina brasileira, sendo destacada como a principal neoplasia maligna em mulheres em plena fase produtiva.

Vale ressaltar, que a ocorrência de câncer no colo uterino está intrinsecamente associada à infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). Por outro lado, existem outros fatores que também estão atrelados a esta neoplasia, a exemplo da multiplicidade de parceiros sexuais, história de infecções sexualmente transmitidas e tabagismo, entre outros.

A evolução do câncer do colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura. Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade, e apenas uma pequena porcentagem, naquelas com menos de 30 anos (BRASIL, 2010).

Exame Papanicolau

O Papanicolau é um exame preventivo do câncer do colo de útero (CCU), é indolor, simples e rápido, tem como objetivo detectar lesões precoces, tornando possível de fazer o diagnóstico da doença na fase inicial, antes que haja sintomas. É fornecido na rede pública de saúde, e realizado por profissionais capacitados (SILVEIRA BL, *et al.*, 2018). Quando identificado, inicia-se os do CCU seguindo o fluxo assistencial estabelecido pelos protocolos e diretrizes clínica de acordo necessidade do tratamento (LOPES; RIBEIRO, 2019).

Conforme o Instituto Nacional do Câncer (2011) o exame papanicolau é um teste realizado para detectar alterações nas células do colo do útero. Este exame também pode ser chamado de esfregaço cervicovaginal e colpocitologia oncótica cervical. Esse exame é a principal estratégia para detectar lesões precocemente e fazer o diagnóstico da doença bem no início, antes que a mulher tenha sintomas. Pode ser feito em postos ou unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados.

Com isso, é fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a im-

portância do exame preventivo, pois sua realização periódica permite que o diagnóstico seja feito cedo e reduza a mortalidade por câncer do colo do útero. O exame preventivo é indolor, simples e rápido. Pode, no máximo, causar um pequeno desconforto que diminui se a mulher conseguir relaxar e se o exame for realizado com boa técnica e de forma delicada (INC, 2011).

Contudo, convém ressaltar que a realização do exame papanicolau é bastante simples. Inicia-se com a introdução de um espéculo vaginal bivalvar não lubrificado, a fim de colher material da ectocérvice (incluindo a zona de transformação) com auxílio de espátula de Ayre e do canal endocervical com escova endocervical descartável. Assim, o material obtido é estendido em uma lâmina de vidro para microscopia com uma extremidade fosca devidamente identificada. Posteriormente a lâmina é corada pela técnica de papanicolau (WOLSCHICK N M. *et al.*, 2007).

Atuação da enfermagem

Conforme estudos Barros, Marin e Abrão (2002), o profissional de enfermagem deverá contribuir de forma humanizada na melhoria da qualidade de vida da mulher, proporcionando condições que a conduzam a descobrir-se como um ser integral, merecedora de muitos cuidados, inclusive aqueles relacionados à saúde, possibilitando a oportunidade de educá-la no desenvolvimento de um comportamento preventivo, ou seja, realizar busca espontaneamente aos serviços de saúde de forma periódica, mesmo na ausência de sintomas.

Assim, a assistência de enfermagem junto à população necessita ser repensada, não em termos de necessidades pré-estabelecidas, mas das necessidades assistências centradas no sujeito-paciente a partir dele próprio. Isso, para que a mulher assuma um comportamento preventivo em saúde, é necessário um trabalho de conscientização, cujo primeiro passo deve ser a orientação a partir das suas necessidades, só assim a enfermagem estará contribuindo de forma efetiva para a melhoria da qualidade de vida das pacientes, (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde responsáveis pela realização do exame citopatológico devem estar preparados para explicar à mulher a importância da realização do exame para a manutenção de sua saúde, fornecendo maiores detalhes sobre em que consiste o exame, sanando as dúvidas manifestadas pela mulher e, ainda, após a coleta do material, deverá enfatizar o retorno. Portanto, na orientação, é necessário que sejam utilizadas estratégias que envolvam diálogo, sensibilidade e empatia. Porém, o diálogo utilizado na abordagem deve ser contextualizado às vivências da mulher, atentando para que o olhar direcionado a estas não esteja cheio de conceitos preestabelecidos (BRASIL, 2010).

O trabalho do enfermeiro é muito importante para a detecção precoce da doença, podem ser algumas atribuições: promover controle dos fatores de risco do câncer do colo do útero desde as doenças sexualmente transmissíveis; aumentar o número de mulheres que fazem periodicamente o exame Papanicolau; elaborar programa de sistema de registros de casos para garantir que mulheres com resultados normais sejam examinadas em intervalos regulares, e aquelas que obtêm resultados anormais tenham ação imediata e tratamento adequado (INCA, 2011).

As ações de enfermagem no tratamento do câncer de colo de útero visam oferecer assistência individualizada, informar e orientar sobre o autocuidado e sobre cada passo do tratamento da doença, seja ele qual for fornecer informações que tragam conforto e diminuam as possíveis complicações (INCA, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com as pesquisas realizadas pode-se destacar que o enfermeiro é o principal responsável em exercer a influência na educação em saúde através da comunicação. Nesse contexto a detecção precoce do câncer de colo do útero na atenção primária é uma das estratégias de prevenção e estímulo para o autocuidado da mulher, evitando futuros agravos a sua saúde (COSTA, *et al.*, 2017).

Com isso, torna-se notório que se medidas de prevenção para o controle do câncer uterino não forem tomadas corretamente, o número de mulheres que poderão chegar a óbito tende a aumentar de forma exorbitante.

Convém salientar, que o exame Papanicolau é de baixo custo, seguro, de fácil execução e, em geral, bem aceito pela população feminina, além de ser ofertado em todas as Unidades Básicas de Saúde. O Brasil tem como meta alcançar uma cobertura de 85% de realização do exame Papanicolau entre mulheres, na faixa etária preconizada, até 2022 na tentativa de reduzir os agravos e incidência do câncer do colo do útero.

Com todos os fatores que contribuem para a não realização do exame preventivo, é fundamental que sejam criadas estratégias nacionais, estaduais e municipais para que as mulheres o realizem. Uma campanha nacional midiática de prevenção ao câncer uterino seria de bastante relevância como também divulgações informativas através de redes sociais.

A prevenção pode ser ensinada e realizada desde cedo e se a saúde da mulher deve ser divulgada em vários ambientes, como escola, divulgações de panfletos, etc, isso com o objetivo de formar mulheres conscientes desde a adolescência sobre a sua saúde ginecológica. Criar ações com brindes e serviços à comunidade também é uma forma efetiva de chamar atenção para mulheres realizarem o exame.

Outra estratégia significativa seria promover palestras educativas de saúde da mulher, organizadas pelas prefeituras municipais em parceria com a UBS (Unidade Básica de Saúde) de cada bairro, distribuindo panfletos com o intuito de esclarecer e instruir as mulheres de todas as faixas etárias.

O câncer de colo de útero é um dos tipos de câncer com grande possibilidade de detecção precoce, pois é uma doença de evolução lenta. Assim, a mortalidade por este tipo de câncer pode ser evitada quando o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras são realizados na fase inicial. O rastreamento e acompanhamento são fundamentais para evitar o surgimento de novos casos de câncer que implicam em tratamentos mais complexos e dispendiosos (AMÉRICO, *et al.*, 2010).

Esse tipo de câncer na maioria dos casos está associado a alguns fatores extrínsecos, isto é, está relacionado ao contexto e aos hábitos de vida. Infere-se assim, a possibilidade de se empregar meios que afastem esses fatores de risco e, em consequência, diminuam a incidência do câncer cérvico-uterino (WOLSCHICK, *et al.*, 2007).

Os fatores de risco de câncer de colo do útero podem ser descritos, tais como: a multiplicidade de parceiros sexuais; multiparidade; idade precoce no início da atividade da relação sexual; tabagismo; idade; baixa condição socioeconômica; e baixo nível de escolaridade (ALBU-

QUERQUE. *et al.*, 2009).

É interessante perceber que, de uma maneira geral, a abordagem de campanhas preventivas enfatiza o conhecimento e o convencimento das mulheres a realizarem os exames. Entretanto, não basta apenas que a mulher conheça os métodos, é preciso que se envolva no processo, que suas práticas sejam incorporadas em seus cuidados cotidianos (BRASIL, 2006).

Portanto, deve-se destacar que o fator primordial que leva as mulheres para a realização do exame não é a conscientização de que precisa ser realizado, tendo em vista que muitas mulheres apresentaram esse reconhecimento, mas a disposição e a consciência de que o exame realizado é de alta qualidade, e o profissional capacitado para realização do mesmo. Uma vez que, a partir desta percepção, é possível que o índice da coleta citológica aumente de maneira gradativa, pois só assim que pode haver uma adesão voluntária e espontânea a prevenção (ZEFERINO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os estudos realizados torna-se fundamental que as mulheres compreendam a importância da realização do exame preventivo Papanicolau periodicamente e entendam a necessidade de realizá-lo como método de prevenção e não apenas quando apresentarem a sintomatologia ginecológica. Pois, é importante que elas comecem a utilizar o serviço de prevenção como forma de evitar que processos infecciosos evoluam para um quadro mais grave, ocasionando um câncer do colo do útero.

Nesse contexto, pode-se concluir que o câncer de colo do útero é um problema de saúde pública no Brasil. Apesar dos avanços obtidos, as taxas de morbimortalidade continuam altas, mesmo sendo uma patologia de evolução lenta, o que possibilita o diagnóstico precoce e o tratamento. Hoje, o câncer de colo uterino figura como a segunda neoplasia maligna mais comum entre as mulheres. Assim, a prevenção desse tipo de câncer, deve ser desempenhada pelo profissional da área de saúde através do cuidado, da assistência sistematizada e personalizada as necessidades e expectativas da saúde da mulher. Desenvolvendo ações educativas e planejamentos estratégicos para realização do exame citológico.

Portanto cabe ao profissional de enfermagem atuar como elemento incentivador transmitindo com clareza as informações que indicam a importância do exame Papanicolau, como é realizado, ressaltando suas vantagens como forma de prevenção. Para isso, a equipe de profissionais como um todo deve atualizar seus conhecimentos e adequá-lo a realidade da sua comunidade, como forma de propor estratégias objetivas para obter resultados concretos na prevenção dessa patologia.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. M. *et al.* Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p.40-58, 2009.

AMERICO, C F. *et al.* Análise da influência do acondicionamento diferenciado de lâminas para colpocitologia no resultado laboratorial. *Texto Contexto-Enferm*, Florianópolis, v. 19, n.2, p.123-129,

junho, 2010.

AZEVEDO, Aline Gomes de. *et al.* Fatores que influenciam a não realização do exame de Papanicolau e o impacto de ações educativas. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*. Patos, 2016, ISSN 2448-3877. Disponível em: www.rbac.org.br/artigos/fatores-que-influenciam-a-nao-realizacao-do-exame-de-papanicolaou-e-o-impacto-de-acoes-educativas-48n-3/. Acesso em: 29 set. 2022.

BARROS, MARIN, ABRÃO. *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica*. In *Práticas de Enfermagem na Assistência Ginecológica*, Cap.21, Roca, São Paulo, 2002, pág. 429 – 432.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília, DF; 1984. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 29 set. 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa nacional de controle do câncer do colo uterino. Brasília, 2010.

COSTA, FKM; WEIGERT, S. P; BURCI, L; NASCIMENTO, K. F. Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do câncer do colo do útero. *Rev RGS*. 2017; 17 (Supl 1): 55-62.

FERNANDES, N. *Enfermagem e Saúde da Mulher*. São Paulo, Manole, 2007.

GASPAR, Isabelle. A importância da enfermagem na prevenção do câncer de colo de útero. *Saúde da mulher*. 2021. Disponível em: https://pubmed.com.br/a-importancia-da-enfermagem-na-prevencao-do-cancer-de-colo-de-utero/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext. Acesso em: 30 set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019. Instituto Oncoguia. Estatística para Câncer de Colo do Útero. 2020. Disponível em: www.oncoguia.org.br/mobile/conteudo/estatistica-para-cancer-de-colo-do-utero/6717/283/. Acesso em: 29 set. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Papanicolau: exame preventivo de colo de útero. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/papanicolau-exame-preventivo-de-colo-de-utero/>. Acesso em: 30 set. 2022.

LOPES, V. A. S; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer do colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(9): 3431-3442.

OLIVEIRA, Ana Eloísa Cruz de *et al.* Adesão das mulheres ao exame citológico do colo uterino na atenção básica. *Rev Enferm Ufpe Online*, Recife, v. 11, n. 10, p.4003-4014, nov. 2016.

RAMOS, M. E; SANCHEZ, J. J; SANTOS. L. A. A ação das políticas públicas na prevenção do câncer do colo do útero e mama na atenção básica em Salvador BA. *Rev Enferm Contemp*. 2016 Jan-Jun; 5(1):5-15. Disponível em: Doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i1.410>.

SILVEIRA, B. L, *et al.* Câncer do Colo do Útero: Papel do Enfermeiro na Estratégia e Saúde da Família. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2018;9 (1): 348-372.

WOLSCHICK N M. *et al.* Câncer do colo do útero: tecnologias emergentes no diagnóstico, tratamento e prevenção da doença. *RBAC*, Maringá, v. 39, n. 2, p. 123- 129, fev. 2007.

ZEFERINO, L C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 213-215, 2008.

Organizador

Luciano Cicero da Silva

Doutorando em Saúde Pública com Ênfase em Epidemiologia, Mestre em Administração em Saúde pela UCES - Argentina. MBA em Gestão da Qualidade Integrada em Saúde pela Faculdade Unimed. Especialista em Qualidade e Produtividade pela Universidade Federal de São Carlos, formado em Gestão da Qualidade pela Universidade Barão de Mauá. Avaliador Líder da acreditadora americana AACI. Gerente corporativo da Qualidade e Segurança do Paciente na Unimed Franca. Experiência na implantação de projetos da qualidade e segurança do paciente, e acreditação internacional no Brasil, Portugal e Angola.

Índice Remissivo

A

administração 21, 22, 26, 27, 35, 39, 45, 46, 47, 65, 67, 80
assistência 88, 89, 90, 92, 93, 94, 98, 99, 100, 106
atenção primária 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69
atenção primária à saúde 51, 53, 54, 56, 57, 62, 64, 66, 68
avaliação 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110

B

bem-estar 12, 13, 17

C

capacidade funcional 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110
catástrofe 78, 79
clusters 81
colaborativa 41, 42, 43, 45, 48, 49
contingência 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86
contingências 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84
crise 78, 79, 80, 81, 83, 86
cuidado 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
cuidado paliativo 12, 13
cultura 10, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 63, 66, 67, 94, 95
curativo 12, 13, 16

D

depressão 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 90

E

empoderamento 40, 41, 42, 49
enfermagem 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 47, 48, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 89, 90, 108
enfermeiro 71, 72, 73, 74, 75, 76
enfrentamento 88, 89

equipe 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 74, 75, 80, 90, 95, 99, 100
equipes 40, 41, 43, 44, 45, 47, 48, 51, 52, 56, 57, 58, 81, 100
experiência 97, 99, 100

F

ferida 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
ferramenta 77, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 92, 93, 94, 95
fisioterapeutas 102, 107
fisioterapia 102, 103, 105

G

gestão 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 37, 38, 42, 43, 53, 58, 63, 76, 78, 80, 81, 86, 94, 95
gestão de risco 21, 25, 26, 29, 30, 37

H

hospital 92, 93, 94, 98, 99, 100
hospitalar 97, 98, 99, 100, 107
hospitalares 20, 25, 26, 32, 34, 94, 98, 99

I

instrumentos 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110
intrinsecamente 88

L

liderança 41, 42, 43, 45, 48, 63

M

manutenção 40, 41, 45, 48, 63, 95
mapeamento 77, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 99
maternidade 20, 94, 99
matriciamento 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58

N

núcleo de segurança 40, 41

O

oncologia 12, 17
oncológicos 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19

P

paciente 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 72, 82, 84, 90, 93, 94, 95, 96, 103, 104, 105, 106, 107, 119
pacientes 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 36, 41, 42, 44, 45, 47, 53, 62, 63, 64, 66, 68, 93, 98, 100, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110
parto 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76
peçoal da saúde 51, 54
peçoas 78, 79, 85, 86, 89, 98, 100
pós-parto 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76
pré-natal 71, 72, 73, 74, 75
profissionais 10, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 98, 100
profissional 14, 15, 21, 24, 29, 30, 32, 34, 37, 44, 52, 53, 63, 64, 66, 71, 74, 89, 90, 93, 94, 104

Q

qualidade 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 35, 36, 38, 41, 42, 43, 44, 46, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 76, 89, 95, 98, 106, 119

R

resiliência 77, 79, 80

responsabilidade 5

riscos 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 36, 37, 38, 42, 46, 62, 65, 67, 68, 71, 78, 81, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 104, 106

S

sanitária 52

saúde 10, 12, 13, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 36, 37, 38, 41, 42, 44, 45, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 85, 86, 88, 89, 90, 93, 94, 96, 98, 106, 109, 110

saúde mental 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 75, 89

segurança 10, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 84, 93, 94, 95, 96, 98, 100, 119

segurança do paciente 10, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 84, 93, 95, 96, 119

serviços de saúde 21, 23, 24, 25, 26, 37, 38, 41, 42, 62, 63, 64, 66, 77, 78, 79, 81, 86, 93, 98

sinalização 97, 98, 99, 100

Síndrome de Burnout 88, 89, 90, 91

sintomas 12, 13, 14, 15, 16, 17, 28, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 89, 90

sistema 5

sociais 12, 13, 15, 17, 23, 41, 93

U

unidade de terapia intensiva 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109

