

Título: SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE

Promoção da Cultura de Segurança



Fonte: Imagem de domínio público retirada do google.

Apresentação:

Esta é uma cartilha educativa, resultado de uma pesquisa desenvolvida por Juliana Martins Toledo, aluna no programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Viçosa, UFV. A pesquisa intitulada “A cultura de segurança do paciente: a singularidade de um serviço hospitalar” utilizou o questionário *Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC)* como instrumento de mensuração para o contexto hospitalar e foi orientada pela professora Dra Andréia Guerra Siman.

Procuramos de forma clara e objetiva apresentar as dimensões fortalecidas e fragilizadas do local em estudo. Neste material, teremos a oportunidade de conhecermos ferramentas de gestão em saúde, que poderão ser utilizadas para o desenvolvimento e qualificação das equipes multiprofissionais.

Reforçamos que essa cartilha se destina a todos os profissionais de saúde, que atuam diretamente ao cuidado com o paciente e na gestão, que buscam conhecimento e amplitude no conceito de **Cultura de Segurança do Paciente**.

Conceito de Cultura de Segurança:

Cultura são os hábitos, as práticas e os costumes organizacionais. A cultura de segurança é o norteador das práticas seguras nos serviços de saúde. É quando a equipe promove um ambiente que valoriza e prioriza a qualidade do cuidado ao paciente, de forma que todos os profissionais de saúde e de gestão estejam engajados na realização do cuidado, conforme protocolos de Segurança do Paciente, estabelecendo um processo de aprendizado contínuo e diminuição dos eventos adversos.

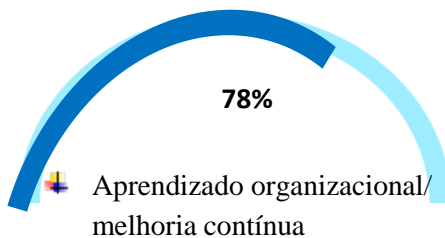
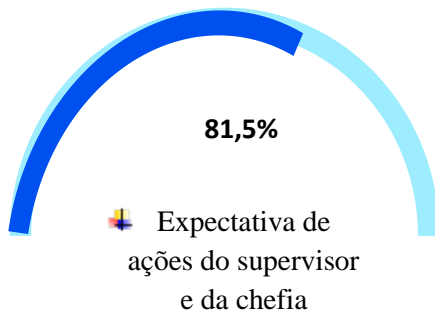
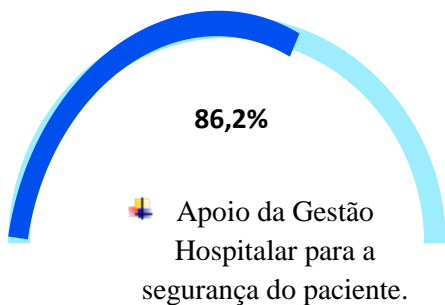


Fonte: Imagem de domínio público retirada do google



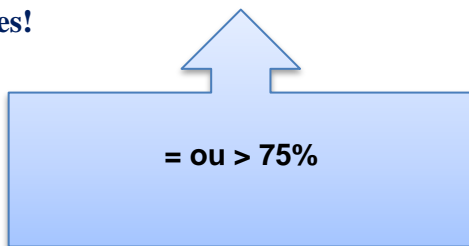
• Vamos conhecer nossos resultados?

NÚMEROS QUE NOS FORTALECEM: Dimensões com alto índice de respostas positivas.



Fonte: Toledo, 2021

A certeza de que estamos no caminho certo! Resultados apresentam uma **cultura de segurança fortalecida nas dimensões acima. Resultados excelentes!**



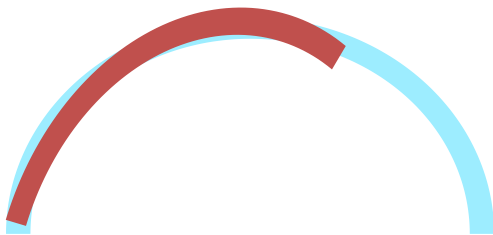
Nossa equipe se preocupa com a segurança do paciente e podemos fortalecer nossa cultura ainda mais!



Fonte: Imagem de domínio público retirada do google.

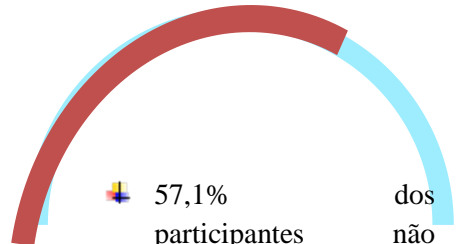


NÚMEROS QUE NOS ALERTAM: Dimensões com baixo índice de respostas positivas, o que apontam suas fragilidades.

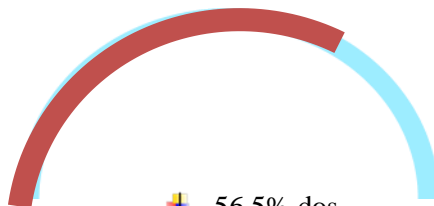


61,1% de respostas apontando receio a punição diante dos erros.

A preocupação do erro estar ligado à pessoa e não ao processo.



57,1% dos participantes não percebem a cultura de segurança do paciente. Percepção geral de segurança do paciente.

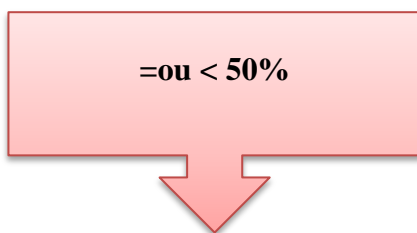


56,5% dos respondentes insatisfeitos com o quadro

Fonte: Toledo, 2021



A segurança do paciente apresenta pontos de alerta nas dimensões frágeis, o que nos chama atenção para as melhorias que deverão ser desenvolvidas pela equipe multiprofissional e gestores da instituição.



Fonte: Imagens de domínio público retirada do google.



**Você sabia que os incidentes ou erros
devem ser notificados?**

Mas você ainda pode tem receio em relatar? Então, vamos trabalhar uma cultura justa?

- Se ocorreu um incidente com você, vamos compreender o processo e o que pode ser feito para fazer diferente?

JÁ ACONTECEU COM VOCÊ?

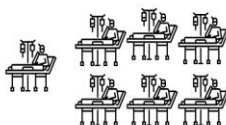
REFLEXÃO: Deslizes e enganos são comuns em qualquer prática laboral. Você lembra-se de tê-los cometidos? **Como foi? Como se sentiu? Como poderiam ser evitados?**

- Se existiu um comportamento de risco não intencional, vamos compreender a causa.
- Precisamos ter em mente a obrigatoriedade de relatar as ocorrências de incidentes
- Dar prioridade à segurança do paciente como objetivo da gestão do risco em nosso hospital, e zelar pela qualidade, boas práticas e cumprir os protocolos, mas, diante de situações intencionais, são adotadas medidas disciplinares.

Assegurar intervenções seguras é a nossa responsabilidade!

- 7 a cada 100 pacientes internados sofrem algum tipo de evento

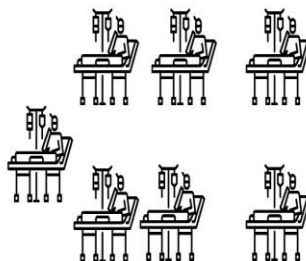
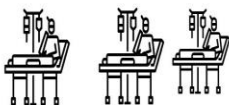
Você
sabia?



adverso.

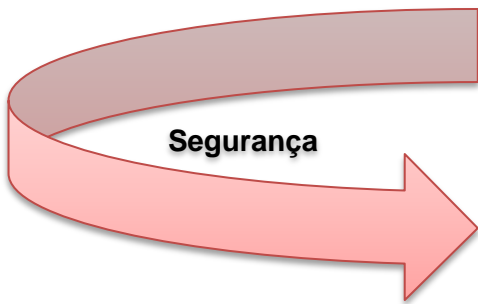
Você

Sabia?



- **3 pacientes morrem a cada 7** que sofrem algum tipo de evento adverso grave. Fonte: Gomes *et al.*, 2016.

EM TODOS OS MOMENTOS:



De crise;

De excesso de trabalho;

De conflito;

Priorize a segurança, busque apoio.

Comunique as oportunidades de melhoria, faça a diferença!

- Sem medo, sem receio de expressar o que pensa da situação vivenciada.

- Aceitar o feedback e reconhecer a oportunidade de melhoria.

✚ **Resultados intermediários: Dimensões não frágeis, mas inferiores ao valor de 75%.**

O significa que podemos melhorar...

✚ Feedback e comunicação sobre os erros.

71,7%

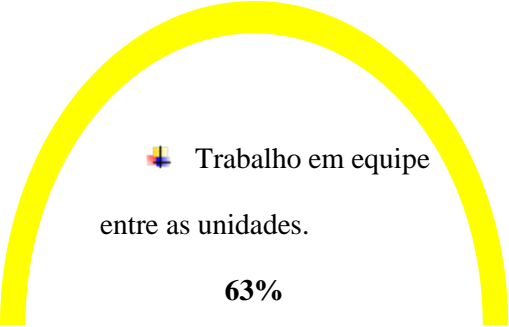
✚ Trabalho em equipe dentro das unidades.

64,5%


✚ Frequência de eventos Notificados.

65,5%

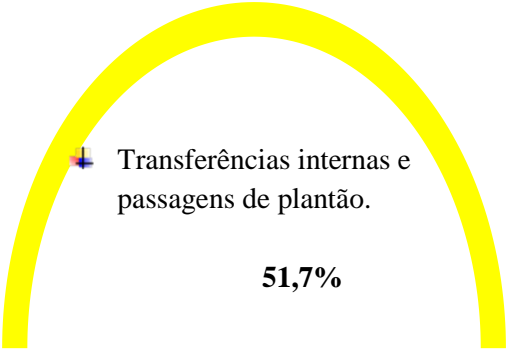
Fonte: Toledo, 2021



✚ Trabalho em equipe
entre as unidades.
63%



✚ Abertura de
comunicação.
61%

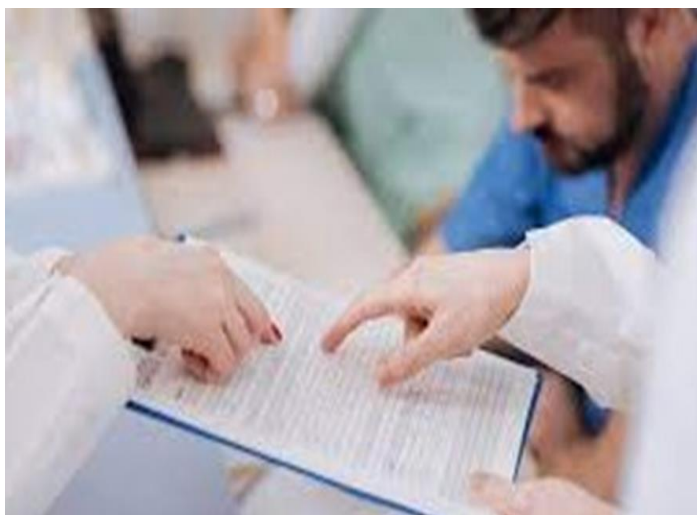


✚ Transferências internas e
passagens de plantão.
51,7%

Vamos aprimorar a nossa comunicação?



Fonte: Imagens de domínio público retirada do google.



Pontos importantes para uma boa comunicação entre **os profissionais da equipe, pacientes e familiares**:

- 1- **Foco no paciente**: escuta ativa a quem fala independente da hierarquia. Saber escutar. Sem interferir ou julgar; Valorizar as preocupações dos pacientes e familiares; demonstre interesse pelo paciente e por suas preocupações.



Fonte: Imagem de domínio público retirada do google.

- 2- **Seguir padrões estabelecidos**: Obter informações, usar perguntas abertas (**Como, o quê, quais, me explique**). Adequar a linguagem ao paciente e aos profissionais de outras áreas de atuação.



Fonte: Imagem de domínio público retirada do google.

- 3- **Equipe:** Orientar verbalmente e por escrito, estabelecer ambiente de confiança para apresentação de riscos, erros, dúvidas.
Mediar conflitos e contribuir para um clima organizacional positivo e seguro para o paciente.



Fonte: Imagem de domínio público retirada do google.

- 4- **Imparcialidade:** Tomar decisões com base nas informações recebidas,



Fonte: Imagem de domínio público retirada do google.

- 5- **Inteligência Emocional:** Ouvir sem criticar, analisar os fatos, propor soluções, agir profissionalmente, sem conflitos pessoais.



Fonte: Imagem de domínio público retirada do google.

MUITA ATENÇÃO NESTES MOMENTOS:

- Passagem de plantão;
- Transferências entre as instituições de saúde;
- Transição de cuidados entre setores, equipes e turnos;
- Prescrição verbal em situações de emergência;
- Letra legível em registros no prontuário e em formulários;
- Carimbo com a identificação do profissional que prestou o cuidado ao paciente;
- Alta hospitalar;
- Deixar tudo registrado no prontuário;

Vamos juntos buscar o fortalecimento da cultura de segurança e em nos tornar uma organização de alta confiabilidade, alcançando um ambiente de trabalho ideal e altamente confiável, no qual as equipes aprendem juntos, trabalham juntos, com os pilares bem estruturados: segurança, comunicação aberta, processos de equipe com aprendizagem e valorização dos indivíduos (LAVERY, et al. 2014).

Você **CONHECE** o método **SBAR***?

VOCÊ SABIA? Que cerca de 70% dos erros acontecem por falhas de comunicação?

S

TRANSMISSÃO CLARA, CONCISA E COMPLETA DE INFORMAÇÕES DO CUIDADO PARA EVITAR ERROS.

B

A

Inicialmente desenvolvido pelos militares;
Em seguida pela indústria de aviação;
Adotado pelas instituições de saúde;

R

*do inglês Situation, Background, Assessment and Recommendation-

Manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente,2013)

PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO:

Cabe ao **enfermeiro** organizar e descrever as informações da ferramenta na transferência do paciente e transição do cuidado, mediante treinamento e protocolo institucional.

O QUE	COMO	EXEMPLO
S (Situação)	Frase concisa sobre o problema	Bom dia, Dr.Fulano, aqui é a enfermeira fulana de tal, estou acompanhando o paciente P.Ele apresentou uma dor torácica de forte intensidade há cerca de 2 minutos, com dispneia e sudorese.
B (Breve Histórico)	Detalhes e contexto pertinentes ao problema	É um homem de 68 anos, com história prévia de doença cardíaca, que sofreu uma colectomia ontem, sem complicações.
A (Avaliação)	Análise e opções consideradas	Pedi um eletrocardiograma. Minha preocupação é que ele esteja tendo um infarto ou uma embolia pulmonar.
R (Recomendação)	Ação Recomendada	É muito importante que o senhor venha imediatamente.

Fonte: Manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente,2013

TODOS SÃO APTOS A IDENTIFICAR OS RISCOS, POSSÍVEIS FONTES DE ERROS E APONTAR SOLUÇÕES.



Diga sim ao Trabalho em Equipe!

AUTORITARISMO E HIERARQUIZAÇÃO SÓ ATRAPALHAM.



Fonte: Imagens de domínio público retirada do google.



Para garantir a segurança, o importante é analisar os fatos, conversar com todos os envolvidos, analisar as etapas de forma sistêmica, sem apontar culpados e propor soluções que evitem erros e danos!

"NÃO FALTA TEMPO, FALTA PRIORIDADE!"

Vamos juntos priorizar um cuidado seguro? Fortalecer a cada dia mais a nossa cultura de segurança institucional.



Fonte: Imagens de domínio público retirada do google.

Referências

- 1- BORINE, B.; ASSIS, C. L.; et al. Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. Revista SBPH, Rio de Janeiro (RJ), jan-jun, 2012. v.15, n.1. p.22-40. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 jul. 2021.
- 2- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). Parecer Técnico COREN SP 002/2020. **Ferramenta transferência SBAR**. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Parecer-002.2020-Uso-ferramenta-SBAR-por-AE-e-TE.pdf>
- 3- GOMES, A.T.L.; SILVA, M.F.; MORAIS, S.H.M. et al. Erro humano e cultura de segurança à luz da teoria “queijo suíço”: análise reflexiva. Revista de enfermagem. Recife (PE). n.10(Supl. 4), set., 2016; p.3646-3652. DOI: 10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201616
- 4- HENRIQUES, C.; SILVIA, H. **O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa**. Cogitare, Enfermagem, v.16, n. 4. p.734-740, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648969021.pdf>
- 5- LAVERY, J.; BROWN, P.; FILBEY, J.E. Changing Culture for Patient Safety. Obstetrics & Gynecology: May 2014. v.123. Issue p 24S. doi: 10.1097/01.AOG.0000447285.25949.4c

- 6- NASCIMENTO, J.S.G.; RODRIGUES, R.R.; PIRES, F.C.; et al. **Passagem de plantão como ferramentas de gestão para segurança do paciente.** Revista de Enfermagem UFSM, v.8. n.2. abr-jun, 2018. p.544-559. DOI: <https://doi.org/10.5902/21797692229412>
- 7- SOUZA, P. MENDES, W. (Org.) **Segurança do paciente, conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** 2^a edição. (Revista e Ampliada). Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, FIOCRUZ, 2019. 524p.
- 8- TOLEDO, JULIANA MARTINS. **A cultura de segurança do paciente: as singularidades de um serviço hospitalar.** Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Departamento de Medicina e Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa, julho de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ENFERMAGEM

