



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
CDEAD/ENSP
FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Maria Gorete Lima Carneiro de Morais

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO
HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA: A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE
COMO UMA QUESTÃO ESTRATÉGICA

Rio de Janeiro
2021

Maria Gorete Lima Carneiro de Morais

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO
HOSPITAL NAVAL DE BRASÍLIA: A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE
COMO UMA QUESTÃO ESTRATÉGICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
– EAD/ ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientador(a): Helena Maria Seidl Fonseca

Rio de Janeiro

2021

Dedicatória

A minha mãe Joaquina pelo amor incondicional e exemplo de resiliência,

A Wallace por tornar tudo tão importante,

A Jade e Sarah por inspirarem o maior dos sentimentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, pelas bênçãos e proteção no firme fundamento da fé que é o alicerce de toda a minha condução.

A Wallace pela generosidade do amor e da dedicação no exercício diário de ter uma família.

A Jade e Sarah por representarem tudo o que é mais valioso no mundo do amor e do afeto.

A minha mãe Joaquina pelo olhar cuidadoso e encorajador que acalenta todos os meus dias; e a meu pai Expedito, *in memoriam* pela admiração e inspiração à prática da leitura.

Aos colegas de curso do Hospital Naval de Brasília, Daniela Cia, Giselle Pinto e Thiago, pela parceria, ajuda e incentivo ao longo deste ano de aprendizado e edificação dos elementos da gestão em nosso contexto de trabalho.

Aos colegas do Curso de Formação de Oficiais da Turma 2004, pela amizade motivacional, companheirismo, e interação substancial na troca de conhecimentos; e maiormente, pela alegria de partilhar mais uma vez contíguos através deste curso, a superação de desafios nesta jornada.

A minha orientadora, Professora Helena Seidl, que conduziu o trabalho de tutora com envolvimento, paciência, dedicação e disponibilidade na ação de ensinar, compartilhando o seu conhecimento, fornecendo elementos fundamentais para o aprendizado das ferramentas de gestão germinadas através da construção deste trabalho.

A Fundação Osvaldo Cruz e a toda equipe do Curso de gestão em saúde que foi um diferencial no desenho abrangente deste processo de qualificação profissional.

A minha equipe de trabalho do Hospital Naval de Brasília pela labuta, dedicação diária e inspiração por e para fazer a materialização do cuidado sobre o prisma da qualidade e segurança do paciente.

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”*

Paulo Freire

RESUMO

A notificação de eventos adversos é um importante instrumento para a melhoria da qualidade dos Serviços de saúde. Ela é a resultante de um compromisso de relevância mundial para a segurança do paciente; fundamentada com capilaridade no monitoramento de eventos correlatos tanto aos produtos quanto as falhas nos processos de cuidado. Neste viés, a condução de informações definidas por instrumentos, inseridas no sistema, contextualizam-se e corroboram para a análise e desenho de ações voltadas a implementação de mecanismos para a redução do risco a que o paciente está exposto, bem como para ressignificar o delineamento de práticas seguras. Entretanto, vários são os desafios que compõem o processo de notificação, dentre os quais, a adesão dos trabalhadores da saúde nem sempre é representativa. O presente trabalho é uma proposta de intervenção apresentada através da descrição, análise da situação-problema da baixa notificação de eventos adversos no Hospital Naval de Brasília, que tangenciou a definição das causas críticas relacionadas. A análise inaugural da situação foi compreendida na percepção dos profissionais de saúde através de questionário aplicado. Na primeira etapa do trabalho depreendemos a condução de informação articulada sobre segurança do paciente e notificação de eventos adversos aos colaboradores. Vislumbramos a expectativa de encontrar ao longo da execução, uma equipe multiprofissional preparada e conhecedora da interface entre o saber e o fazer do mote em estudo, para assim favorecer o encontro do objetivo maior representado pelo aumento do número de notificações. A base para o alcance do desígnio proposto é a construção e apresentação de uma programação de ações intervencionistas norteadas à luz das soluções que possam trazer melhorias qualitativas, sob a perspectiva do cuidado e da segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do paciente, qualidade da assistência à saúde, Notificação, Eventos adversos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde do Paciente.....	6
Ilustração 2: Conceitos de cultura de Segurança do paciente na Portaria MS/GM nº 529/2013	8
Ilustração 3: Modelo do queijo suíço de James Reason.....	9
Ilustração 4 – Análise da frequência mensal de notificações de eventos adversos relacionados a assistência à saúde do Hospital Naval de Brasília no ano de 2020.....	14

LISTA DE SIGLAS

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

EA - Eventos adversos

FUSMA- Fundo de Saúde da Marinha

GRSS – Gerência de Risco em Serviços de Saúde

HNBra- Hospital Naval de Brasília

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

ICPS- International Classification for Patient Safety

MS- Ministério da Saúde

NOTIVISA- Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária

NSP- Núcleo de Segurança do Paciente

OM – Organização Militar

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

SSM – Sistema de Saúde da Marinha

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI- Unidades de Terapia Intensiva

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....	2
2 REFERENCIAL TEÓRICO	3
2.1 QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS FUNDAMENTAIS.	3
2.2 A SEGURANÇA DO PACIENTE, SUAS DIMENSÕES E ESTRATÉGIAS.....	5
2.2.1 O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	6
2.2.2 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	7
2.3. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	7
3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO	10
3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	12
3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	15
3.3 GESTÃO DO PROJETO.....	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
APÊNDICES	28

1 INTRODUÇÃO

A atenção a segurança do paciente envolvendo a notificação de eventos adversos é um assunto de grande relevância, uma vez que se tornou, a nível mundial, um instrumento para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Um exemplo desta importância é a criação em 2004 da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) apoiada em intervenções, ações com estratégias, diretrizes e metas internacionais que têm reduzido os problemas relacionados com a segurança dos pacientes nos países integrantes dessa aliança. Tal iniciativa realça o fato de que esse tema agora é reconhecido como uma questão global. (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, monitorar os riscos, e estimular o desenvolvimento de uma cultura de segurança em todas as Instituições de Saúde do território nacional. (BRASIL, 2013a).

O marco de busca pelo cuidado relacionado a qualidade e a segurança do paciente vem tangenciando estudos e denominações paralelas. Fundamentado em pesquisas a OMS estabeleceu que a qualidade do cuidado e a segurança do paciente constituem uma única vertente. Neste sentido, a ocorrência destes eventos é admitida como uma falha na segurança do paciente. Nesta cognição, a segurança do paciente deve ser traduzida como um conjunto de estratégias/intervenções capazes de prevenir e reduzir o risco de dano ao paciente decorrente do cuidado em saúde. (WHO, 2009a).

Os eventos adversos são definidos como incidentes que resultam em dano à saúde (BRASIL, 2013a). Outrossim, os erros representam falhas na execução de uma ação planejada. Obstante inseridos em um contexto comum, os termos se diferenciam pelo fato de que os eventos adversos se remetem ao resultado do cuidado, que podem ocorrer em decorrência de erros no processo de prestação da assistência à saúde. (BRASIL, 2014). Estes eventos devem ser notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através de ferramentas eletrônicas no sistema de notificações (NOTIVISA).

O tema deste projeto é segurança do paciente/qualidade da assistência à saúde, e a situação problema escolhida para o projeto de intervenção é a baixa notificação de eventos adversos no Hospital Naval de Brasília. Dada a relevância científica, e profissional dessa

temática, este estudo se propôs a investigar a cultura de segurança do paciente à luz dos preceitos práticos e dos processos que estão associados a notificação destes eventos. Nesta conjuntura, entre os problemas que afetam a vigilância e o monitoramento no Hospital Naval de Brasília, a subnotificação dos eventos adversos pode representar uma barreira no cenário da segurança do paciente, circunstância que motivou esta autora a desenvolver este trabalho.

Este trabalho está germinado para o curso de Especialização em Gestão em Saúde promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), realizado como segmento do Curso Superior (C-Sup), desenvolvido em parceria com a Escola de Guerra Naval e Diretoria de Saúde da Marinha para os profissionais da saúde da Marinha do Brasil.

Sua formatação está estruturada em 04 seções. A primeira composta por Introdução, contendo uma síntese teórico-conceitual, justificativa, relevância do problema e objetivos (geral e específicos). Na segunda seção, o referencial teórico contextualiza e equaliza os conhecimentos sobre a temática. O projeto de intervenção será apresentado na terceira seção através da descrição, análise da situação-problema, da programação das ações de intervenção e da gestão do projeto. Por fim, na quarta e última seção as considerações finais referenciam o problema da pesquisa, tecendo contemplações sintéticas sobre pontos focais desenvolvidos nos tópicos anteriores.

Destarte, este projeto está fundamentado na importância da identificação das causas relacionadas à baixa notificação dos eventos adversos no Sistema NOTIVISA, e ao desenvolvimento de um plano intervencionista como um compromisso para a redução dos riscos inerentes à prestação da assistência relacionada diretamente com a promoção da cultura de segurança nos processos de trabalhos adotados para minimizar e diminuir os erros beneficiando assim usuários do Sistema de saúde da Marinha, profissionais e a Instituição .

1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

O objetivo geral consiste em aumentar o número de notificação de eventos adversos pelos profissionais de saúde do HNBra. Para tanto, traçou-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar as causas da baixa notificação de eventos adversos no Hospital Naval de Brasília;
- b) Realizar atividades de educação continuada nos setores e sítios funcionais, para nortear e implementar ações de incentivo voltadas a sensibilizar e implicar os Profissionais de saúde do HNBra às práticas de notificações de eventos adversos;

- c) Realizar palestras e reuniões *in loco* nos setores do Hospital, voltadas a qualificar os profissionais de saúde do HNBra para identificar os eventos adversos que precisam ser notificados;
- d) Realizar ações voltadas aos trabalhadores de saúde do HNBra para difundir a importância da cultura de segurança favorável a comunicação sobre falhas assistenciais; e
- e) Realizar semanalmente rounds multiprofissionais objetivando orientar e reforçar a disseminação de cultura não punitiva na organização, para que os erros e eventos adversos possam ser notificados, analisados e corrigidos através de tratativas com foco na correção dos processos evitando a responsabilização individual.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está alicerçado em bases científicas e dispostos em três tópicos: Qualidade em saúde e segurança do paciente; a Segurança do paciente, suas dimensões e estratégias que está dividido em dois subtópicos: o Programa Nacional de Segurança do paciente e a notificações de eventos adversos; e a Cultura de segurança do paciente.

2.1 QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE: ASPECTOS FUNDAMENTAIS.

“*Primum non nocere*”, postulado cunhado por Hipócrates (460 a 370 a.C.) que significa “primeiro não cause o dano”, é uma referência pioneira ao dano que poderia ser causado pelo cuidado. Historicamente outros notáveis como Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian coadjuvaram com a melhoria da qualidade em saúde. Seus estudos intermediaram conceitos que paralelamente contribuíram para a organização do cuidado, a criação de padrões de qualidade em saúde e para a medicina baseada em evidência. (BRASIL, 2014).

Abordando a Qualidade, Donabedian é reconhecido com notoriedade em sua teoria com concepções de que a qualidade na saúde se baseia na sistematização do conhecimento das organizações, através de 3 fatores: Estrutura, Processo e Resultado. (DONABEDIAN 1988). Em suas referências, define sete atributos que caracterizam a complexidade da qualidade nos cuidados de saúde sendo eles a eficiência; a eficácia; a efetividade; a aceitabilidade; a legitimidade; a otimização e a equidade. (DONABEDIAN, 1990).

A segurança do paciente tem sido tema de estudo e discussão pleiteada por parte das instituições e profissionais de saúde. Dada similaridade, tornou-se reconhecida como uma dimensão essencial para garantir a qualidade, uma vez que, a assistência não planejada pode resultar em danos à saúde da população (REIS et al.,2013).

“A partir da divulgação do relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human*, o tema segurança do paciente ganhou relevância. Esse relatório se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Nessas pesquisas, o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos” (BRASIL,2014, p.5).

Favorecidos pelo estudo da prática médica de Harvard, em 1990, e a partir do lançamento de seus resultados no documentário *To err is Human*: em junho de 1999, pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, os profissionais de saúde foram sinalizados sobre a extensão dos erros e danos causados aos pacientes hospitalizados durante os cuidados em saúde. Doravante a publicação deste relatório, as adversidades que envolvem o erro humano tornaram-se uma questão prioritária nas agendas de diversos países, trazendo novas perspectivas a assistência à saúde nas organizações, que a partir daí buscaram estruturar seus processos na capacitação profissional com foco na segurança do paciente e no olhar das transformações da cultura de segurança. (FAÇANHA, 2019).

Nestas considerações, depreende-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o ano 2000 tem estimulado seus países membros a adotarem iniciativas com foco na construção de uma cultura de segurança, ao aperfeiçoamento dos sistemas, e assim, potencializar estratégias direcionadas a processos mais seguros e eficazes para a prevenção de incidentes no contexto da assistência à saúde. (BATALHA, 2012).

A avaliação da qualidade dos cuidados em saúde, hodiernamente, consiste num atributo dos mais atuais e norteadores no que tange as dimensões da prática clínica; os estudos sobre o tema avançam além da subjetividade para incorporação de definições dos aspectos afetos a suas múltiplas formas de avaliação, de modo, a contribuir tanto do ponto de vista técnico como do ponto de vista social, sobretudo, para a formulação das políticas de saúde que possam envolver aspectos governamentais, das Instituições e dos usuários dos sistemas de saúde. (MALLET, 2005).

2.2 A SEGURANÇA DO PACIENTE, SUAS DIMENSÕES E ESTRATÉGIAS

Em face da dinâmica diante da mobilização mundial após a publicação desse impactante relatório, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecendo a magnitude do problema estabeleceu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety) em 2004. Neste propósito, definiu e identificou prioridades na área da segurança do paciente, e despertou os países membros para o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente, incluindo neste horizonte o Brasil. (WHO, 2009b).

O foco na segurança do paciente, caracterizado pela preocupação com o relevo da ocorrência de eventos adversos, isto é, com lesões ou danos ao paciente ocasionados pelo cuidado de saúde, torna-se evidente com os estudos citados. Parte dessa mobilização é fruto da constatação de que a ocorrência de eventos adversos envolve custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar em danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias. O relatório do IOM estimou que a ocorrência de EAs representava um grave prejuízo financeiro. (BRASIL, 2014).

Desafios globais incipientes a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e a OMS se propuseram a criar programas para diminuição de riscos e assim, prover a devida importância para o problema da segurança do paciente. Internacionalmente, foram planejadas melhorias específicas em seis áreas: identificar o paciente correto; melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas. (WHO, 2009b).

Neste diapasão, foram encontradas em diferentes pesquisas, de 17 a 24 diferentes definições de erro em saúde e 14 de evento adverso. Tais achados corroboraram para o desenvolvimento, pela OMS, da Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS), que agrupa conceitos sobre o tema, facilitando assim a padronização. Para promover a consolidação do conhecimento, o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, traduziu para a língua portuguesa os conceitos do ICPS representados no quadro abaixo:(BRASIL;2014).

Ilustração 1 - Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
Near miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: (BRASIL;2014).

2.2.1 O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

No Brasil, considerando a necessidade de desenvolver ações, estratégias e produtos direcionados aos profissionais, gestores e usuários de saúde sobre a segurança do paciente, que possibilitem minimizar os eventos adversos na atenção à saúde, normatiza-se em 1º de abril de 2013 a portaria de nº 529 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tendo como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde inclusos no território nacional. (BRASIL, 2013a).

A portaria nº 529 de 2013, em seu artigo 3º, define os objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas ao tema; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde. (BRASIL, 2013a)

Com o propósito de instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria dos cuidados de saúde, compõe-se a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada

da ANVISA nº 36, em julho de 2013, nas quais estão inclusas as condições organizacionais de criação do Núcleo de Segurança do Paciente. (BRASIL, 2013b).

2.2.2 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Eventos adversos são definidos como complicações não desejadas decorrentes da assistência prestada aos pacientes, não associadas à evolução natural da doença de base, causando lesões mensuráveis e/ou prolongamento da internação. Sua ocorrência reflete a abjunção entre o cuidado ideal e o cuidado real. (GALLOTTI, 2004).

Em face da dinâmica do monitoramento dos incidentes e eventos adversos realizados pelo Núcleo de Segurança do Paciente:

“A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa”. (BRASIL, Art. 10, p.4, 2013b)

Paiva e colaboradores em seus estudos demonstram como relevância dos Boletins de Notificação de Eventos Adversos a evidência da identificação desses eventos indesejáveis, de modo a proporcionar à equipe uma forma efetiva de comunicação sobre esses episódios, de possibilitar a instituição de medidas, da construção de um banco de dados sobre riscos e situações e permitir a modificação de condutas práticas. (PAIVA et al.,2010).

Relevante o entendimento de que através da notificação de eventos adversos, profissionais e instituições conseguem enxergar os riscos presentes nos processos de trabalho, adotar medidas de prevenção dos eventos ou de barreiras à sua reincidência e avaliar as medidas implementadas a fim de evidenciar melhorias na prática do trabalho. Para tanto, a equipe multiprofissional deve ser constantemente adestrada a prática da notificação. (CARNEIRO et al.,2011).

2.3. A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Cultura de segurança é a resultante de valores individuais e de um grupo, produzido pela soma de atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que delineiam o compromisso, o estilo e a proficiência da condução de uma organização salutar e segura. (REIS, et al. 2013).

Cumpramos ressaltar que a RDC nº 36/2013, em seu Art. 3º, considera para efeito a definição de cultura da segurança como um conjunto de princípios, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a qualidade de atenção à saúde. (BRASIL,2013b).

A cultura de segurança do paciente é elemento que perpassa todos os eixos do PNSP. Tal relevância justifica o substrato da Portaria MS/GM nº 529/2013 que transcreveu o conceito de cultura de segurança do paciente da OMS (ilustração 2). (BRASIL, 2013a).

Ilustração 2 – Conceitos de cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM nº 529/201339

Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.
Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.
Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.
Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.
Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

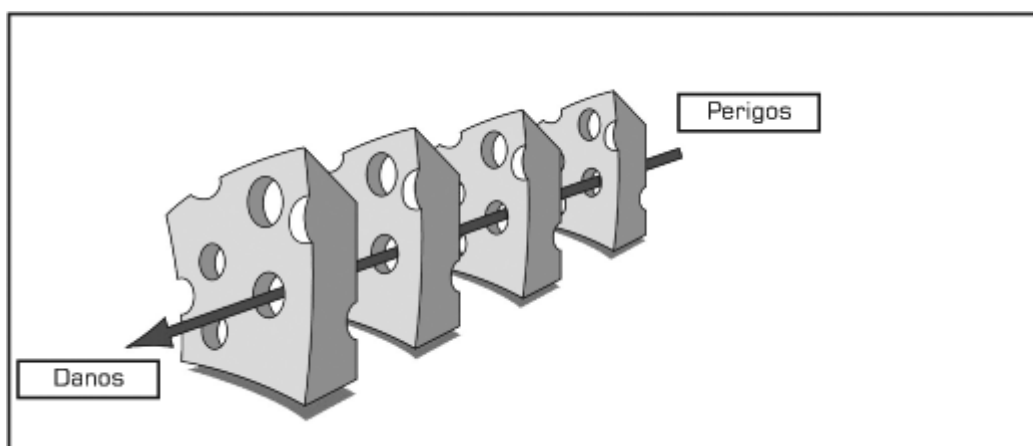
Fonte: (BRASIL;2014).

O psicólogo James Reason foi um dos primeiros autores a inovar quanto ao entendimento sobre o erro humano, caracterizando-o na ótica pessoal e na sistêmica, reconhecendo o binômio como consequência e não causa do problema. Na perspectiva do erro de forma pessoal, a responsabilidade é singular ao indivíduo, e na abordagem sistêmica, interpreta-se que os erros são inerentes à condição humana e sucedem em todas as bases. (REASON, 2000).

É digno de nota que Reason introduziu o conceito de que os erros podem ser ativos ou latentes, o que justifica o modelo de “barreiras” para impedir que o erro alcance o paciente. Os erros ativos são atos cometidos por quem executou a ação e apresentam resultados imediatos. Erros latentes são atos resultantes ou ações evitáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão. Um erro ativo pode ser, por exemplo, uma troca de medicamento no momento da administração, e um erro latente, a falta de medicamento no hospital. (REASON, 2000).

Nesta perspectiva, o autor propôs o modelo do “queijo suíço” para representar como deve ser a abordagem sistêmica do erro. Esse modelo evidencia a necessidade de se criar barreiras para impedir que o erro atinja o paciente. Quando não há camadas de queijo (barreiras) suficientes ou efetivas, o risco (vetor) encontra uma lacuna e atinge o paciente (Ilustração 3). (BRASIL,2014).

Ilustração 3 – Modelo do Queijo Suíço proposto por James Reason.



Fonte: Adaptado de REANSON, 2000

As consequências resultantes desses erros são muito importantes uma vez que envolvem um aumento de gastos institucionais e sociais, decorrentes de vários fatores como: prorrogação do tempo de internação, riscos de adquirir incapacidades temporárias ou permanentes que podem conduzir a óbitos. (REIS et al.,2013).

A predisponibilidade ao erro pode ter gênese nas deficiências estruturais dos processos de trabalho. Estudos têm mostrado com enfoque em características do ambiente, o nível de desenvolvimento de uma instituição e de seus trabalhadores afeta, diretamente, a qualidade do cuidado. Assim, os serviços de saúde devem empregar esforços para promover boas condições de trabalho e, conseqüentemente, reduzir a vulnerabilidade quanto a ocorrência de sobrecarga e erros. (PAIVA et al.,2014).

“As pesquisas que investigam a cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar são cada vez mais presentes no meio científico. Uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, através das melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos. No Brasil, não há ainda um diagnóstico amplo sobre os problemas de segurança do paciente em hospitais, e a elevada proporção de EA evitáveis reforçam a necessidade do fortalecimento da cultura de segurança entre os profissionais de hospitais.” (REIS et al.,2013 p2034.).

O baixo número de notificações de eventos adversos pode estar alinhado a percepção da equipe multidisciplinar frente a resoluções punitivas. Em diferentes pesquisas com foco na mensuração do clima de segurança entre os profissionais, salientou-se a necessidade de mudança do paradigma de abordagem punitiva que dá lugar a amplitude do entendimento dos processos assistenciais para correção das práticas que permeiam as Organizações. (SOUZA et al.,2015)

Em um estudo que aborda a cultura de segurança através da caracterização da percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva quanto aos EAs em UTIs, os autores ressaltam o atual investimento voltado ao aprimoramento de programas em vistas a proporcionar uma cultura de segurança nas instituições de saúde, sob o prisma da prevenção de todo e qualquer tipo de EA. Desta feita, busca-se desenvolver nos profissionais a capacidade de detectar qualquer ameaça à segurança do paciente, procurando sensibilizar o olhar para os riscos potenciais, recebendo o apoio institucional para identificar falhas e os caminhos para eliminá-las, controlá-las ou reduzi-las. Estas medidas envolvem uma conscientização baseada na notificação voluntária, na proatividade ativa e, principalmente na cultura não-punitiva. (CLARO et al, 2011).

Por fim, cumpre ressaltar que o silêncio organizacional firmado em uma cultura de ocultação do erro, no cerne do profissional, nas suas falhas, na punição, com assentamento nas lacunas de comunicação, também tem sido considerado uma barreira para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Quando sujeitos não expressam suas preocupações, os problemas persistem num espelho que reforça o silêncio, os integrantes da organização tornam-se menos comprometidos, conseqüentemente, o próprio sistema, menos qualificado. (FAÇANHA, 2019).

3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO

Visando o alcance dos objetivos propostos, bem como o enfrentamento do problema citado, o percurso metodológico eleito foi estruturado através de uma pesquisa de intervenção, delineada pela estratégia de abordagem qualitativa, cujo produto resultante foi um projeto de intervenção. Este projeto está ancorado nos conceitos e ferramentas do enfoque estratégico situacional, que busca as causas do problema através da investigação integrada às práticas concretas, que conduzem a representação dos processos lineares de determinação, e propõe soluções com o objetivo de minimizar ou obter resolução efetiva.

No processo de identificação do problema foi realizada uma pesquisa interna entre os profissionais de saúde do HNBra, por meio da aplicação de um questionário estruturado para levantar informações sobre a percepção dos profissionais do Hospital Naval de Brasília sobre a Notificação de eventos adversos. Esta metodologia contribuiu para a definição de causalidade e para uma compreensão mais proximal da caracterização das motivações do problema, o que remeteu a um elenco múltiplo de pretextos onde a partir das possíveis origens, foram eleitas as causas críticas, com a seleção das causas passíveis de governabilidade pela autora. Estas por sua vez permissionárias de ação protagonista com aplicabilidade para as ferramentas de gestão.

A matriz de programação das ações foi resultante da proposta de intervenção apresentada na Unidade de Metodologia (UAVIII) do presente curso, onde dentre as competências fundamentais para elevar a eficiência do trabalho, destaca-se a capacidade gerencial de resolução de problemas estratégicos e cotidianos, no simultâneo movimento de produção e uso do conhecimento.

O cenário do estudo foi o Hospital Naval de Brasília, na busca de aproximação local no campo da metodologia vivenciada pela autora em sua Organização militar de serviço, na tentativa de proporcionar conhecimentos fundamentais para a compreensão dos problemas existentes e para a intervenção no contexto em que estes são produzidos, suscitando a reflexão sobre seu processo de trabalho, instrumentalizando-o para o desenvolvimento de uma prática profissional qualificada.

O Hospital Naval de Brasília é a Organização Militar Hospitalar responsável pela prestação do serviço de saúde no Distrito Federal, Goiás, em cinco municípios de Minas Gerais e no Tocantins. Neste horizonte, conta com aproximadamente dezesseis mil usuários do Sistema de saúde da Marinha na área do Comando do 7º Distrito Naval, com importante progressão justificada pela qualidade de vida, e pelo número de Organizações militares presentes na capital do País, o que reforça a missão de prestar com segurança, assistência médica e odontológica, hospitalar de baixa e média complexidade ao pessoal militar, a seus dependentes legais beneficiários do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA).

Esta oficial aluna, faz parte da Tripulação do HNBra, desempenhando a função de Encarregada da Divisão de Enfermagem e Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), um papel de inserção assistencial e gerencial de responsabilidade técnica das ações de Enfermagem, bem como da organização e sistematização das ações voltadas à segurança do paciente no hospital.

3.1 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O problema escolhido foi a baixa notificação de eventos adversos no Hospital Naval de Brasília. Com este objeto, formulou-se a seguinte pergunta: Que problemas contribuem para a baixa notificação de eventos adversos no Hospital Naval de Brasília?

Na busca de evidências expressivas e para contribuir na identificação de novos descritores, inicialmente foi realizada a aplicação de um questionário (Apêndice A) a 60 profissionais de saúde da Instituição, para coletar e validar subsídios de contextualização intersetorial do problema. A seleção da amostra foi aplicada por conveniência, com inclusão dos profissionais que se disponibilizaram a participar, e critério de exclusão para os profissionais com tempo de efetivo serviço inferior a um ano no hospital.

O instrumento de coleta de dados incluía as seguintes questões: Você sabe o que é um evento adverso? Resultado: 96,7% (n=58) da amostra (n=60) responderam que sim. Você sabe que tipo de eventos/incidentes deve ser notificado? Resultado: 38,3% (n=23) dos profissionais (n=60) responderam que sim, enquanto 43,3% (n=26) consideram que sim, mas somente para alguns eventos/incidentes e 18,4% (n=11) responderam que não sabem. Você conhece o instrumento utilizado para a notificação de eventos adversos? As respostas negativas atingiram os 51,7% (n=31) dos profissionais. No seu Serviço/Divisão, você recebeu alguma orientação sobre como realizar a notificação de eventos adversos? Como resposta, 60% (n=36) dos profissionais de saúde responderam que não. Você se sente capacitado ou seguro para realizar a notificação de eventos adversos? Resultado: 15% (n=09) responderam que sim, totalmente, enquanto 51,7% (n=31) consideram que sim, mas com certa dificuldade e algumas dúvidas e 33,3% (n=20) responderam que não se sentem capacitados ou seguros para realizar a notificação de eventos adversos.

Entende-se que estas respostas sintetizam como descritor o fato de que 33% dos profissionais do HNBra não se sentem capacitados ou seguros para realizar a notificação de eventos adversos, o que adicionados ao percentual dos que admitem dificuldades e dúvidas, nos mostra que apenas 15% dos profissionais de saúde da nossa instituição se sentem totalmente seguros para a prática.

Para quantificar a dimensão do problema foram utilizados 02 descritores:

- a) Número de 35 eventos adversos notificados pelo Hospital Naval de Brasília no Sistema NOTIVISA no ano de 2020 (Ilustração 4); e
- b) 33% dos profissionais do HNBra não se sentem capacitados ou seguros para realizar a notificação de eventos adversos.

No decorrer da pesquisa, esta autora deparou-se com algumas possíveis causas que poderiam explicar o problema. Dentre elas, pode-se elencar a ausência de ações de incentivo por parte do Serviço de saúde a adoção de práticas de notificação cotidianas; o tempo para preenchimento da ficha de notificação de eventos adversos; o receio de processo disciplinar e judicial; o receio de afetar a credibilidade da Instituição e do Profissional; o receio de que o caso seja discutido/apresentado em reunião; o entendimento por parte dos profissionais que o registo da notificação contribui pouco para a qualidade do cuidado; e o temor de advertência verbal escrita, punições e não renovação por parte dos profissionais militares.

Como causas críticas exequíveis de governabilidade elegeu-se a baixa adesão dos profissionais de saúde às práticas de notificação de eventos adversos, o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde do Hospital Naval de Brasília sobre os incidentes que precisam ser notificados, e o temor da cultura de culpabilização por se tratar de um Hospital militar.

Em decorrência das causas relacionadas, podem ocorrer consequentes prejuízos ao processo de avaliação das metas de segurança do paciente no que tange as ações de monitoramento, com predisponibilidade de recorrência dos eventos não notificados. Além disso, dificuldade para delinear as causas pela lacuna de conhecimento das circunstâncias afetas, ausência de tratativas e planos de intervenções, perda de oportunidade de trabalhar a cultura que encoraja, recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.

Ilustração 4 – Análise da frequência mensal de notificações de eventos adversos relacionados a assistência à saúde do Hospital Naval de Brasília no ano de 2020.



Fonte: Banco de dados GRSS/NOTIVISA 2020

3.2 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

Problema a ser enfrentado: Baixa notificação de eventos adversos no Hospital Naval de Brasília.

Descritor: Número de 35 eventos adversos notificados pelo Hospital Naval de Brasília no Sistema NOTIVISA no ano de 2020.

Indicador: Número de eventos adversos notificados. Fonte: Sistema NOTIVISA.

Meta: Aumentar em 30% o número de eventos adversos notificados anualmente.

Resultado esperado: Aumentar o número de eventos adversos notificados anualmente pelo Hospital Naval de Brasília no Sistema NOTIVISA.

Matriz de Programação de Ações:

Causa crítica 1: Baixa adesão dos profissionais de saúde às práticas de notificação de eventos adversos.

Descritor 1: Número de 35 eventos adversos notificados pelo Hospital Naval de Brasília no Sistema NOTIVISA no ano de 2020.

Descritor 02: 33% dos profissionais do HNBra não e sentem capacitados ou seguros para realizar a notificação de eventos adversos.

Indicador 01: Número de eventos adversos notificados. Fonte: Sistema NOTIVISA.

Indicador 02: Percentual de profissionais do HNBra que se sentem capacitados ou seguro para realizar a notificação de eventos adversos. Fonte: Questionário aplicado.

Forma de Cálculo: Número de profissionais de saúde do HNBra que em resposta ao questionário aplicado se sentem capacitados ou seguro para realizar a notificação de eventos adversos. / Número total de questionários aplicados x 100.

Periodicidade da análise: Semestral para avaliação do cumprimento do protocolo estabelecido e alcance das metas.

Meta 1: Aumentar em 30% o número de eventos adversos notificados anualmente.

Meta 2: Aumentar em 50% o número percentual de profissionais do HNBra que se sentem capacitados ou seguros para realizar a notificação de eventos adversos de eventos adversos.

Resultado esperado: Aumento do número de notificações dos eventos adversos no Sistema NOTIVISA, refletido através das ações de incentivo voltadas a sensibilizar e implicar os Profissionais de saúde do HNBra nos processos de notificação.

Causa crítica 1: Baixa adesão dos profissionais de saúde às práticas de notificação de eventos adversos.

Ações	Recursos Necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
Elaborar questionário para levantamento das causas da baixa adesão dos profissionais as práticas de notificação dos eventos adversos.	Humanos, físicos: computador, papel.	Questionário elaborado	Setembro 2021	CC(S)Gorete
Identificar as causas da baixa notificação de eventos adversos no Hospital Naval de Brasília (HNBra), através da aplicação de um questionário para levantar informações sobre a percepção dos Profissionais do Hospital Naval de Brasília sobre o tema.	Humanos, Físicos: papel, caneta.	Questionário aplicado e causas da baixa notificação identificadas.	Outubro 2021	CC(S)Gorete
Identificar as causas da baixa adesão dos Profissionais às práticas de notificação de eventos adversos, através da aplicação de questionário sobre a percepção dos Profissionais do HNBra sobre o tema.	Humanos Físicos: papel, caneta.	Questionário aplicado e Causas da baixa adesão identificadas.	Outubro 2021	CC(S)Gorete

Realizar orientações direcionadas aos colaboradores através de atividades de educação continuada nos setores e sítios funcionais, objetivando sensibilizar os Profissionais de saúde do HNBra às práticas de notificação de eventos adversos.	Humanos, de comunicação, audiovisuais e cognitivos.	Orientações aos Profissionais e colaboradores realizadas.	Abril 2022	CC(S)Gorete CT(S)Flávia, 1ºTen (RM2-S) Patrícia.
Publicar notas, com a utilização dos meios de comunicação interna para nortear e implementar ações de incentivo voltadas a sensibilizar e implicar os Profissionais de saúde do HNBra nos processos de notificação de eventos adversos.	Humanos, de comunicação, audiovisuais e cognitivos.	Notas publicadas no Plano do dia.	Abril 2022	CC(S)Gorete

Causa crítica 2: Desconhecimento por parte dos profissionais de saúde do Hospital Naval de Brasília sobre os incidentes que precisam ser notificados.

Descritor 1: Número de 35 eventos adversos notificados pelo Hospital Naval de Brasília no Sistema NOTIVISA no ano de 2020.

Descritor 02: Número percentual de 38,3% dos profissionais do HNBra conhecem que tipo de eventos/incidentes deve ser notificado.

Descritor 03: Número percentual de 40% dos profissionais do HNBra que receberam orientação sobre como realizar a notificação de eventos adversos.

Indicador 01: Número de eventos adversos notificados. Fonte: Sistema NOTIVISA.

Indicador 02: Percentual de profissionais do HNBra que sabem que tipo de eventos/incidentes deve ser notificado Fonte: Questionário aplicado.

Indicador 03: Percentual de profissionais do HNBra que receberam orientação sobre a realização da notificação de eventos adversos. Fonte: Questionário aplicado.

Forma de Cálculo: Número de profissionais de saúde do HNBra que em resposta ao questionário aplicado relatam saber que tipo de eventos/incidentes deve ser notificado/ Número total de questionários aplicados x 100.

Forma de Cálculo: Número de profissionais de saúde do HNBra que em resposta ao questionário aplicado relatam ter recebido orientação sobre a realização da notificação de eventos adverso/ Número total de questionários aplicados x 100.

Periodicidade da análise: Semestral para avaliação do cumprimento do protocolo estabelecido e alcance das metas.

Meta 1: Aumentar em 30% o número de eventos adversos notificados anualmente.

Meta 2: Aumentar em 50% o número percentual de profissionais do HNBra que conhecem que tipo de eventos/incidentes deve ser notificado.

Meta 3: Aumentar para 60% o número percentual de profissionais do HNBra que receberam orientação sobre a realização da notificação de eventos adversos.

Resultado esperado: Aumento do número de notificações dos eventos adversos no Sistema NOTIVISA, refletido através do aumento do percentual de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os incidentes notificáveis, produzidos pelo aumento do número de profissionais do HNBra orientados sobre as práticas da notificação.

Causa crítica 2: Desconhecimento por parte dos profissionais de saúde do Hospital Naval de Brasília sobre os incidentes que precisam ser notificados

Ações	Recursos Necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de Conclusão	Responsável
Identificar o percentual de Profissionais de saúde do HNBra que desconhecem os incidentes notificáveis, através da aplicação de questionário sobre a percepção dos Profissionais do Hospital	Humanos, Físicos: papel, caneta	Percentual de desconhecimento dos	Outubro 2021	CC(S)Gorete

Naval de Brasília sobre a Notificação de eventos adversos.		profissionais identificados.		
Identificar todos os possíveis eventos adversos passíveis de notificação, através de levantamentos e busca em prontuário.	Humanos, Físicos: Prontuários.	Eventos adversos identificados.	Janeiro 2022	CC(S)Gorete, 1T(RM2-S) Patrícia 1T(RM2-S) Mickaela
Realizar palestras e reuniões <i>in loco</i> nos setores do Hospital, voltadas a qualificar os profissionais de saúde do HNBra para identificar os eventos adversos que precisam ser notificados.	Humanos, cognitivos audiovisuais e físicos computadores, projetor.	Palestras e reuniões <i>in loco</i> realizadas.	Abril 2022	CC(S)Gorete, CT(S)Flávia 1T(RM2-S) Patrícia Werneck
Confeccionar folder com orientações voltadas à equipe	Humanos, cognitivos,	Folder confeccionado	Dezembro 2021	CC(S)Gorete,

multiprofissional, sobre a notificação de eventos adversos.	físico: folder			
Publicar notas instrutivas na Página do Hospital contendo orientações voltadas à equipe multiprofissional do HNBra sobre a identificação dos eventos adversos notificáveis.	Humanos, cognitivos audiovisuais, físico: computador	Notas instrutivas publicadas na Página do Hospital.	Abril 2022	CC(S)Gorete CT(S)Flávia

Causa crítica 3: Temor da cultura de culpabilização por se tratar de um Hospital militar.

Descritor 1: Número de 35 eventos adversos notificados pelo Hospital Naval de Brasília no Sistema NOTIVISA no ano de 2020.

Indicador 01: Número de eventos adversos notificados. Fonte: Sistema NOTIVISA.

Periodicidade da análise: Semestral para avaliação do cumprimento do protocolo estabelecido e alcance das metas.

Meta 1: Aumentar em 30% o número de eventos adversos notificados anualmente.

Resultado esperado: Aumento do número de notificações dos eventos adversos no Sistema NOTIVISA, refletidos através do aumento das práticas educativas, realizações de rounds multidisciplinares para disseminar a cultura de segurança não punitiva, favorável a comunicação sobre falhas assistenciais, para que os erros e eventos adversos possam ser notificados, analisados e corrigidos por tratativas com foco na correção dos processos evitando a responsabilização individual.

Causa crítica 3: Temor da cultura de culpabilização por se tratar de um Hospital militar

Ações	Recursos Necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de Conclusão	Responsável
Realizar grupos de orientações entre os colaboradores do	Humanos, audiovisuais,	Grupos de	Abril 2022	CC(S)Gorete

mesmo sítio funcional para disseminar a cultura de segurança não punitiva.	físicos e de conhecimento.	orientações realizados.		1T(RM2-S) Karina 1T(RM2-S) Patrícia Werneck
Realizar atividades educativas com os trabalhadores de saúde do HNBra para difundir a importância da cultura de segurança favorável a comunicação sobre falhas assistenciais.	Humanos, audiovisuais, físicos e de conhecimento	Atividades educativas realizadas.	Abril 2022	CC(S)Gorete CT(S)Flávia 1T(RM2-S) Karina 1T(RM2-S) Patrícia Werneck
Realizar semanalmente rounds multiprofissionais objetivando orientar e reforçar a disseminação de cultura não punitiva na organização, para que os erros e eventos adversos possam ser notificados, analisados e corrigidos.	Humanos, audiovisuais, físicos e de conhecimento	Rounds multiprofissionais realizados	Novembro 2021	CC(S)Gorete, 1T(RM2-S) Patrícia

				Werneck
Difundir cultura de segurança favorável a comunicação sobre falhas assistenciais, através de publicação de notas incentivadoras no instrumento de comunicação intra-hospitalar denominado plano do dia.	Humanos, físicos e de conhecimento.	Notas incentivadoras publicadas.	Abril 2022	CC(S)Gorete
Utilizar os murais dos serviços físicos do HNBra para divulgar orientações objetivando difundir cultura de segurança não punitiva que possa estimular a comunicação sobre falhas assistenciais,	Humanos, audiovisuais, Físicos e de conhecimento	Divulgação realizadas nos murais.	Abril 2022	CC(S)Gorete, 1T(RM2-S) Patrícia
Propor tratativas aos eventos adversos com foco na correção dos processos evitando a responsabilização individual.	Humanos	Tratativas propostas com foco na correção dos processos.	Abril 2022	CC(S)Gorete 1T(RM2-S) Patrícia

3.3 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto será efetuada no que se refere ao monitoramento das ações, bem como ao desenvolvimento de adequações necessárias. A avaliação das ações dar-se-á de maneira processual e concomitante com a concretização destas. Assim, o prazo estabelecido para as ações deverá ser acompanhado através de cronograma de atividades e os indicadores servirão de elementos analisadores para avaliação.

A equipe designada para a execução do projeto está composta por militares da Divisão de Enfermagem e do Núcleo de Segurança do Paciente, capitaneada pela CC(S) Gorete, CT(S) Flávia Braga, 1T(RM2-S) Patrícia Werneck, 1T(RM2-S) Karina e 1T(RM2-S) Mickaela. Ambos os setores serão incumbidos pelo acompanhamento das ações propostas na matriz de programação avaliando sua eficácia através da realização de reuniões mensais. As reuniões destinam-se a verificar a ocorrência de falhas e lacunas na realização das ações propostas, que uma vez identificadas serão apreciadas com a proposição dos ajustes necessários para o alinhamento do processo, sempre pautando a análise das ações aos resultados almejados.

Em reunião realizada em outubro de 2021, foram discutidos os resultados referentes as respostas ao questionário aplicado na primeira etapa da metodologia de estudo do problema para discutir e pactuar os parâmetros de aproximação das ações, validando as propostas concordantes aos ajustes necessários ao cronograma. Ressalta-se que a proposta de implementações deste trabalho para além das perspectivas mencionadas, assume um viés educativo e transformador em razão da sua construção, participativa, consensuada e convergente com a prática, uma vez que faz refletir sobre a necessidade de readequações dos processos de trabalho das equipes multiprofissionais e revela a importância da organização dos serviços na perspectiva da integralidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcance dos objetivos deste projeto de intervenção vem sendo reconhecido conforme concluso o desenvolvimento das ações elaboradas para o enfrentamento da baixa notificação de eventos adversos no Hospital Naval de Brasília. Assim, ao longo do ano de 2021 foram desenvolvidas as ações referentes à definição das causas do problema. As primeiras ações

voltadas ao levantamento de informações sobre a percepção dos profissionais do Hospital Naval de Brasília sobre o tema foram cumpridas com êxito em atenção ao prazo.

Em continuidade, foram realizadas ações delineadas com orientações direcionadas aos colaboradores através de educação continuada nos setores e sítios funcionais, objetivando sensibilizar os profissionais de saúde do HNBra às práticas de notificação de eventos adversos. Foi implementado palestra por ocasião do embarque de profissionais de saúde na OM. Nesta cognição, o processo de discussão e construção de saberes do elenco de profissionais sobre o tema vem fortalecendo as ações inerentes ao NSP, e a gestão do trabalho tem adicionado esforços para elevar a cultura de segurança entre os profissionais de saúde.

Assim, estamos estimulando entre os setores, a prática de um olhar atento a ocorrência de eventos adversos, conduzindo a reflexão sobre o papel de promoção da saúde e de prevenção de agravos. A escuta qualificada dos militares quanto ao desconhecimento dos eventos adversos passíveis de notificação vem proporcionando o repensar dos processos na perspectiva do trabalho em equipe multiprofissional, onde o saber é compartilhado entre os membros, favorecendo a qualificação da assistência à saúde.

Nosso desafio consiste ainda na medida fundamental de melhoria de processos relacionados à qualidade de assistência e segurança do paciente, que precisa ser galgada através do fortalecimento da cultura de segurança a nível organizacional. Entende-se que a escassez de uma cultura de segurança justa nas instituições de saúde pode ser nociva e contraproducente. Nossos ideais aspiram por uma marcha onde não haja punição para os erros, mas sim ajustes das condutas inadequadas, estimulando a equipe ao diálogo sobre as falhas ocorridas, a análise das situações precedentes, identificando as fragilidades do sistema para oportunizar alinhamento, correções e o aprimoramento de práticas seguras.

Paralelo a este contexto desafiador de validações, foram consideradas algumas dificuldades, sendo as principais delas o déficit de recursos humanos e a sobrecarga funcional dos profissionais envolvidos na dupla jornada assistencial e colateral do NSP. Outra importante dificuldade consiste na progressão da obra de ampliação e reforma do HNBra com mudanças das instalações físicas dos setores, e não menos importante obra na área de localização do auditório o que tem dificultado a realização de atividades atinentes.

Diante destas situações houve a necessidade de adequar o cronograma com dilatação do prazo para não prejudicar o cumprimento das ações e ameaçar o desenlace da execução do projeto. O clima entre os profissionais envolvidos inspira motivação e com especial propriedade, a autora deste projeto reparte as mesmas sensações e comprometimento.

Como profissional de saúde da Marinha do Brasil, realço a importância do saber e a aquisição gradual de um conjunto de competências enriquecidas pelos aspectos ascendidos através da realização deste curso de Gestão em saúde hora em conclusão, que fomentou conteúdos norteadores de complexidade crescente da temática, conduzindo esta Oficial aluna ao aprendizado granjeado com sapiência e apropriação das ferramentas de gestão, aproximando-as da vertente de sua realidade funcional.

Nesta dimensão, espera-se que o projeto proposto possa contribuir para otimizar os processos relacionados a qualidade do cuidado à saúde e segurança do paciente mediante a promoção de clima organizacional que estimule o aumento do número de notificação de eventos adversos e principalmente contribua na materialização de profissionais implicados na composição da cultura de segurança.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATALHA, E.M.S.S. A cultura de segurança do paciente na percepção de profissionais de enfermagem de um hospital ensino. 2012. 155f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2012.

BRASIL - Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529, de 01 de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente. Diário Oficial da União, Brasília, 02 abr.2013a [Acesso30Jul2021]Disponível:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

BRASIL - Anvisa. RDC n° 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 Jul 2013b.

BRASIL - Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014.

CARNEIRO FS, Bezzera ALQ, Silva AEBC, Souza LP, Paranaguá TTB. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um Hospital Universitário: instrumento de avaliação da qualidade. Rev Enferm UERJ, 2011; 19(2): 204-11. [Internet Acessado em Nov 2021]. Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>

CLARO, CM, Krococks DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. Rev.Esc.. Enferm USP 2011; 45(1):167-72.

DONABEDIAN, A. Quality assessment an assurance: unity of purpose, diversity of means. Inquiry, 1988; 25:173-192.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990;114:1115-118.

FAÇANHA, T. R. S. Percepções de profissionais de saúde em uma instituição hospitalar: um enfoque bioético sobre cultura de segurança do paciente. Dissertação de Mestrado, Programa de pós-graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasil, 2019.

GALLOTTI, RMD. Eventos adversos – o que são? Rev. Assoc Med Bras. 2004;50(2): 109-126.

MALLET, A. L. R. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. Revista da SOCERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 15, p. 449-456, set.-out. 2005.

PAIVA MCMS, de Paiva SAR, Berti HW. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev.esc. enferm. USP. 2010; 44(2) [acesso em 26 jul 2021]. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200007>

PAIVA MCMS, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DMR, Lima SAM, Juliani CMCM. Motivos da equipe de enfermagem para a notificação de eventos adversos. Rev Latino-Am Enferm. 2014;22(5):747-54.

REASON J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320: 768-70.

REIS CT, MARTINS Mônica, LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2013, v. 18, n. 7, p. 2029. [Acesso 29 outubro2021]. Disponível » <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>

SOUZA VS, Kawamoto AM, de Oliveira JLC, Tonini NS, Fernandes LM, Nicola AL. Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde. Cogitare Enferm. 2015.

WHO - World Health Organization. Patient Safety. - The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009a.

WHO - World Health Organization. Global Priorities for patient safety research, 2009b.[página na Internet].[acessado 30 out 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/priorities>

APÊNDICE

APÊNDICE A.

INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO DESCRITORES - C-SUP 2021

Este questionário se destina a implementar estudo sobre a notificação dos eventos adversos pelos profissionais de saúde do HNBra. Não existem respostas certas ou erradas.

Todos os questionários respondidos serão tratados com confidencialidade e anonimato.

A sua colaboração é muito importante.

1) Você sabe o que é um evento adverso?

Sim

Não

2) Você sabe que tipo de eventos/ incidentes devem ser notificados?

Sim

Sim, mas somente para alguns eventos/ incidentes

Não

3) Você conhece o instrumento utilizado para a notificação de eventos adversos?

Sim

Não

4) No seu Serviço/Divisão, você recebeu alguma orientação sobre como realizar a notificação de eventos adversos?

Sim

Não

5) Você se sente capacitado ou seguro para realizar a notificação de eventos adversos?

Receio de processo disciplinar e judicial								
O entendimento de que o registo da notificação contribui pouco para a qualidade do cuidado								
Temor de advertência verbal e escrita, punições e não renovação.								

7) Qual a sua categoria profissional?

8) Qual o seu Setor/ Divisão/ de trabalho no HNBra?

Muito obrigada pela sua colaboração!

CC(S) Gorete (gorete@marinha.mil.br)