

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CRISTIANE DE LIMA

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA REGIÃO
METROPOLITANA DE CURITIBA**

CURITIBA

2019

CRISTIANE DE LIMA

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA REGIÃO
METROPOLITANA DE CURITIBA**

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação Lato-Sensu Gestão da Saúde, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

Orientadora: Dra. Ana Paula Hermann.

CURITIBA

2019

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo implantar os protocolos de segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento no município de São José dos Pinhais e como objetivos específicos, desenvolver ações para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde e estabelecer programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. A proposta de estudo foi apresentada na unidade de pronto atendimento (UPA) Afonso Pena, localizada no bairro Afonso Pena, no município de São José dos Pinhais/PR, o qual possui uma população estimada de 300mil habitantes (IBGE, 2016). No diagnóstico da situação problema foram constatados a não adoção dos protocolos de segurança do paciente preconizados pelo Ministério da Saúde até o presente momento; e, a inexistência de qualquer iniciativa institucional direcionada a implementação dos protocolos de segurança do paciente na unidade em estudo. Sendo elaborado um plano de implementação utilizando-se a ferramenta gerencial 5W2H, no qual foram propostas quatorze ações para implantação de protocolos de segurança na UPA Afonso Pena, com prazo de onze meses para o desenvolvimento e adaptação aos novos protocolos, lembrando-se que a revisão e atualização de todo o processo deve ser realizada periodicamente e sempre que houver mudanças locais substanciais ou de evidências clínicas. Com isso espera-se contribuir para a maior divulgação do tema de segurança do paciente, sempre em busca de uma assistência baseada em estudos científicos que levem a maior qualidade e segurança nos serviços de saúde.

Palavra chave: Segurança do Paciente. Serviços Médicos de Emergência. Qualidade da Assistência à Saúde. Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT

The present study aims to implant the patient safety protocols in a prompt care unit in the municipality of São José dos Pinhais and as specific objectives, to develop actions for the prevention of incidents in health services and establish programs of training in safety of the patient and quality in health services. The study proposal was presented at the Afonso Pena emergency care unit (UPA), located in the neighborhood Afonso Pena, in the municipality of São José dos Pinhais / PR, which has an estimated population of 300 thousand inhabitants (IBGE, 2016). In the diagnosis of the problem situation, it was verified the non-adoption of the patient safety protocols recommended by the Ministry of Health up to the present moment; and, the lack of any institutional initiative directed to the implementation of patient safety protocols in the unit under study. An implementation plan was drawn up using the 5W2H management tool, in which fourteen actions were proposed for the implementation of safety protocols at the Afonso Pena UPA, with a deadline of eleven months for the development and adaptation to the new protocols, noting that review and update of the entire process should be performed periodically and whenever there are substantial local changes or clinical evidence. With this, we hope to contribute to the greater dissemination of the topic of patient safety, always in search of assistance based on scientific studies that lead to higher quality and safety in health services.

Key words: Patient Safety. Emergency Medical Services. Quality of Health Care. Emergency Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	-	MODELO DO QUEIJO SUIÇO DE JAMES REASON	14
FIGURA 2	-	OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	16
FIGURA 3	-	LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA.....	17

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- CLASSIFICAÇÃO DAS UPA.....	21
QUADRO 2	- CLASSIFICAÇÃO DAS UPA ATRÁVES DA CAPACIDADE OPERACIONAL DE FUNCIONAMENTO.....	25
QUADRO 3	- INSTRUMENTO 5W2H.....	29

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	APRESENTAÇÃO.....	09
1.2	OBJETIVO GERAL DO TRABALHO.....	10
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFIOS.....	10
1.4	JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO.....	11
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE.....	12
2.2	PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	15
2.2.1	Prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde.....	15
2.2.2	Cirurgia segura.....	16
2.2.3	Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.....	17
2.2.4	Identificação de pacientes.....	18
2.2.5	Prevenção de quedas.....	18
2.2.6	Lesões por pressão.....	19
2.3	SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	19
2.3.1	Unidades de Pronto Atendimento.....	20
3	DIAGNOSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	24
3.1	DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	26
3.2	DIAGNOSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	26
3.2.1	Método.....	26
3.2.2	Coleta de dados.....	26
3.2.3	Instrumento de coleta de dados.....	26
3.2.4	Características ou elementos da situação-problema.....	27
3.2.5	Causas e consequências da situação-problema.....	27
4	PROPOSTA TECNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	28
4.1	PROPOSTA TÉCNICA.....	28
4.1.1	Plano de implantação.....	28
4.1.2	Recursos.....	33
4.1.3	Resultados Esperados.....	34

4.1.4	Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	34
5	CONCLUSÃO.....	35
	REFERÊNCIAS.....	36
	APÊNDICE 1 –INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	41

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

A preocupação com a realização de cuidados em saúde destinados a população em geral tem-se tornado mais acentuada nos últimos anos, especialmente com o desenvolvimento de diretrizes e protocolos de segurança do paciente. Ambas as esferas de atuação, pública e privada, tem dispensado esforços para o alcance de melhorias, seja pelo anseio de obtenção de selos de certificação de qualidade, ou, pela simples manutenção de um direito expresso constitucionalmente, dado que a saúde é um dever do estado e direito de todos (ANVISA, 2014).

Todos os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja de qualidade e com segurança objetivando a satisfação do paciente em todo o processo (ANVISA, 2013).

Qualidade é definida como o reconhecimento da obtenção de maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, gerando um atendimento confiável, seguro e no tempo exato às suas necessidades (DONABEDIAN, 1986).

O conceito de segurança do paciente, por sua vez, é definido como a ausência de danos evitáveis a um paciente durante o processo de assistência médica e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (WHO, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda, descreve conceitos importantes atrelados a segurança do paciente com qualidade, sendo, 'dano', 'risco', 'incidente', 'circunstância', '*near miss*', 'incidente sem lesão' e 'evento adverso', os quais podem ser brevemente descritos como:

‘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. (MS, 2014a, p.7)

Dentre estes conceitos, o ‘evento adverso’ ganha relevância dado que implica em assistência insegura, podendo acarretar o prolongamento da internação, com consequente aumento de custos para a instituição e, em algumas vezes, tem-se o óbito como desfecho (OLIVEIRA et al., 2014). Tendo em vista os conceitos citados acima, percebe-se a necessidade de aprimoramento em relação à qualidade e segurança dos serviços de saúde prestados à população. Desta maneira reforça-se a necessidade da implantação dos protocolos de segurança do paciente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Afonso Pena, localizada na região metropolitana de Curitiba, uma vez que esta até o momento não contempla a adoção dos mesmos.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Implantar os protocolos de segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento no município de São José dos Pinhais.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Desenvolver ações para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- ✓ Estabelecer programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde.

1.4 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

Esse trabalho justifica-se uma vez que o diagnóstico clínico situacional da UPA Afonso Pena apontou a inexistência de protocolos institucionais de segurança do paciente no estabelecimento alvo do estudo, sendo estes indicados desde 2013 pelas portarias do ministério da saúde, com vistas a concorrer para a realização de uma assistência em saúde de qualidade e com segurança.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. SEGURANÇA DO PACIENTE

A busca pela qualidade da atenção não é um tema novo, já em 1855, Florence Nightingale, com base em dados de mortalidade das tropas britânicas, propôs mudanças organizacionais e na higiene dos hospitais, mudanças estas que resultaram em expressiva redução no número de óbitos dos pacientes internados (NEUHAUSER, 2003).

Em 1917, foi criado por Codman, o primeiro elenco de padrões hospitalares, conhecido como “padrões mínimos”, constituíram-se no alicerce da estratégia de avaliação dos serviços de saúde conhecida como acreditação, que representa uma modalidade de avaliação e de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde que se tornou internacionalmente reconhecida e, na atualidade, é praticada por um grande número de países. No Brasil, a acreditação surgiu como estratégia para a melhoria da qualidade hospitalar no início da década de 1990 (ANVISA, 2013).

O grande marco relacionado aos riscos da assistência à saúde foi a publicação do relatório do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos intitulado: *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, em 1999, que mostrou a alta mortalidade relacionada à falha na segurança nos ambientes de saúde, e sua relação com o custo para as instituições. Os dados apresentados mobilizaram uma série de iniciativas em prol da segurança do paciente.

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS), criou a *World Alliance for Patient Safety*, que propôs organizar conceitos e definições sobre segurança do paciente e estabelecer medidas para reduzir riscos e eventos adversos (WHO, 2004). No mesmo ano, a OMS criou o programa Segurança do Paciente, com o objetivo de coordenar, disseminar e acelerar as melhorias relativas à segurança do paciente, com iniciativas globais. Em 2005 estabeleceu-se o primeiro desafio global “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, com o objetivo de prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), por meio da disseminação de um protocolo de higiene das mãos, considerada uma medida simples, de menor custo e menor complexidade, mas eficaz para a prevenção destas infecções (ANVISA, 2013).

O segundo desafio global foi “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”. O objetivo dessa iniciativa foi a implementação de listas de verificação de segurança cirúrgica, antes, durante e após o procedimento cirúrgico para reduzir a ocorrência de eventos adversos. E o terceiro desafio lançado em 2017 teve como tema o uso seguro de medicamentos (OPAS, 2017).

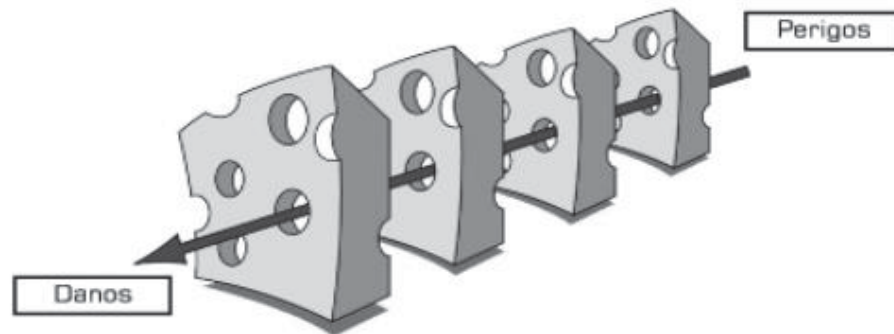
Em 2013 foram lançadas duas portarias que apresentam os Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente: Portaria nº 1377/2013 (BRASIL, 2013a) que institui diretrizes para a prática de higiene das mãos, prevenção de lesão por pressão e cirurgia segura e a Portaria nº 2095/2013 (BRASIL, 2013b) que institui protocolos de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas e identificação do paciente. Ambas as portarias, juntas, representam as seis metas internacionais de segurança do paciente pela OMS e Joint Commission International (JCI, 2014), órgão de certificação internacional.

Deve-se atentar que somente campanhas e avaliações externas não transformam os serviços de saúde em organizações com qualidade e segurança do paciente, é preciso desenvolver uma cultura de segurança e introduzir a prática do uso de protocolos e diretrizes clínicas nos serviços de saúde. O profissional de saúde não tem a intenção de cometer erros, porém errar é humano, e quanto mais se conhecer e compreender porque esses erros estão acontecendo mais se poderá prevenir (ANVISA, 2013).

A gestão deve se preocupar em criar condições para que o erro profissional não atinja o paciente, implementando, por exemplo, prescrição eletrônica, dispensação de medicamentos por dose unitária, protocolo de passagem de plantão e de transferência de paciente, evitar que o profissional trabalhe fatigado ou sob intenso stress e outros (ANVISA, 2013).

Em 1990 James T. Reason propôs o **Modelo do Queijo Suíço**. Esse modelo consiste de múltiplas fatias de queijo suíço colocadas lado a lado como barreiras à ocorrência de erros. Em algumas situações os buracos do queijo se alinham, permitindo que um erro passe pelas múltiplas barreiras causando o dano (FERREIRA, 2007).

FIGURA 01: MODELO DO QUEIJO SUÍÇO DE JAMES REASON.



FONTE: Reason, 2000.

Segundo Reason, erro ocorre, basicamente, por questões relacionadas à natureza humana, como desatenção ou esquecimento; ou a fatores sistêmicos relativos às organizações de saúde, as quais necessitam reconhecer e adotar ações com vistas à prevenção de novos eventos e correção dos problemas evidenciados (REASON, 2000).

O modelo do queijo suíço pode ser uma alternativa para nortear as ações do Comitê de Qualidade e Segurança do Paciente. Nesse modelo as barreiras, muitas vezes redundâncias, impedem que o erro contribua para um evento adverso, ou mesmo que o erro aconteça (ANVISA, 2013).

As consequências das possíveis falhas nos sistemas de saúde trazem impactos negativos tanto para os pacientes e suas famílias, quanto para as organizações e para a sociedade (ANVISA, 2013).

Em abril de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) o qual foi consolidado com a Portaria 05/2017, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2017a). Neste trabalho serão abordados apenas os estabelecimentos de saúde ligados a urgência e emergência, mais especificamente as Unidades de Pronto Atendimento.

Atualmente os serviços de urgência e emergência são considerados a linha de frente do atendimento médico, pois recebem grande parte da população do município, seja por procura direta ou encaminhamento médico. Com isso, a superlotação é

inevitável, o que causa intenso sofrimento, inclusive aos profissionais de saúde, muitas vezes responsáveis por eventos adversos neste ambiente (BRASIL, 2014). Outros fatores como desmotivação, recursos humanos insuficientes, falta de uma adequada sistematização da assistência de enfermagem, delegação de atividades sem a devida supervisão, sobrecarga de trabalho, interrupção constante das atividades, também são fatores estressores e que comprometem a segurança do cuidado prestado. (OLIVEIRA et al., 2014; WEIGL et al., 2015).

2.2 PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

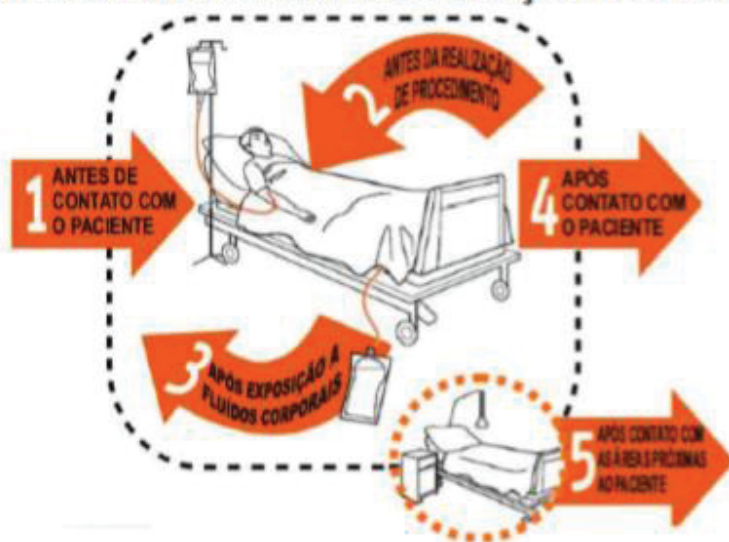
Como apresentando anteriormente são seis os protocolos de segurança do paciente descritos nas portarias: Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, que buscam a qualidade e segurança no atendimento aos pacientes. Abaixo descreve-se sucintamente a meta e escopo principal de cada um.

2.2.1 Prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde

Neste protocolo visa-se instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde, com o objetivo de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) (BRASIL 2013a).

Segundo o BRASIL (2013a) o protocolo preconiza que as mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e que ocorram em cinco momentos, sendo eles: antes de tocar o paciente, antes de realizar o procedimento limpo/asséptico, após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções, após tocar o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente.

FIGURA 02: OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.

OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

FONTE: Brasil, 2013a.

2.2.2 Cirurgia segura

Objetiva reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS.

FIGURA 03: LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA

 LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)		
Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMADO <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ALERGIA CONHECIDA? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM VIA AEREA (RISCO DE ASPIRAÇÃO)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEL RISCO DE PERDA SANGÜEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS 	CONFIRMAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO <p>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜEA PREVISTA? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PROTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÕES? <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA 	REGISTRO <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATORIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <p>O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX. DOR)</p> <p style="text-align: right;">Assinatura _____</p>

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABNANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.

FONTE: Brasil, 2013a

Segundo o BRASIL (2013a) a Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases específicas ao fluxo normal de um procedimento cirúrgico: Antes da indução anestésica; antes da incisão cirúrgica; e antes do paciente sair da sala de cirurgia. Devendo ter uma única pessoa para a checagem dos itens, que deverá ao final de cada fase verificar se a equipe completou suas tarefas antes de seguir para próxima. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

2.2.3 Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

Com a finalidade de promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde, são descritos nove itens para a verificação da prescrição

segura do medicamento, a saber: identificação do paciente, identificação do prescritor na prescrição, identificação da instituição na prescrição, identificação da data de prescrição, legibilidade, uso de abreviaturas, denominação dos medicamentos, prescrição de medicamentos com nomes semelhantes, expressão de doses (BRASIL, 2013b).

O intuito em cada um destes itens é propiciar um processo otimizado com possibilidades mínimas de cometimento de erros durante o processo de preparo de medicamentos.

2.2.4 Identificação de pacientes

Com a finalidade de reduzir a ocorrência de incidentes, preconiza-se a correta identificação do paciente. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. Preconiza-se a adoção dos seguintes passos: (BRASIL, 2013b)

Identificar os pacientes, sendo necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado.

Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador envolvendo-o no processo de identificação correta e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado, incluindo a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

2.2.5 Prevenção de quedas

Objetiva-se a redução da ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. (BRASIL, 2013b)

Segundo o BRASIL (2013b) as principais medidas que podem ser realizadas para a prevenção da quedas são: avaliação do risco de queda, identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira, agendamento dos cuidados de higiene pessoal, revisão periódica da medicação, atenção aos calçados utilizados pelos pacientes, educação dos pacientes e dos profissionais, e revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

2.2.6 Lesões por pressão

Através desse protocolo de segurança o MS objetiva promover a prevenção da ocorrência de lesões por pressão (LP) e outras lesões da pele.

O BRASIL (2013a) preconiza seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LP, a saber: avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes, reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LP de todos os pacientes internados, inspeção diária da pele, manejo da umidade, otimização da nutrição e da hidratação e minimizar a pressão.

2.3 SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os serviços de urgência e emergência são a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), o que gera uma imensa demanda nesses setores. Com isso, nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS) vem realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua Rede de Urgência e Emergência (RUE) (UFMA, 2015).

A RUE atende pacientes com diversas condições: clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, psiquiátricas, entre outras, o que gera uma rede complexa, composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica (BRASIL, 2013i).

Segundo a Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), são componentes da RUE:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
 - II - Atenção Básica em Saúde;
 - III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
 - IV - Sala de Estabilização;
 - V - Força Nacional de Saúde do SUS;
 - VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
 - VII - Hospitalar; e
 - VIII - Atenção Domiciliar.
- (BRASIL, 2011a, p.4)

2.3.1 Unidades de Pronto Atendimento

Neste trabalho serão abordadas as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), as quais constituem-se em um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências.

As UPA surgem como uma das estratégias do MS para reorganizar, qualificar e fortalecer a RUE no país. Em 2008 as UPA passaram a ser prioridade para o governo federal que disponibilizou recursos para sua implantação nos Estados, com o fim de melhorar a infraestrutura dos estabelecimentos de saúde que ofertam este tipo de serviço, em que os resultados esperados são: prover condições adequadas para o funcionamento das unidades, melhorando a qualidade da atenção prestada e a ampliação do acesso (BRASIL, 2017b).

As UPA 24h são definidas como “...estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as UBS, Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências” (BRASIL, 2011, p.2).

Segundo o Ministério da Saúde (2017) são diretrizes da UPA, ser implantada em locais ou unidades estratégicas, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco, funcionando 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos; possuir equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, acolhimento; e classificação de risco.

Como componente da rede de atenção às urgências, as UPA tem entre suas competências manter um sistema de articulação de referência e contra referência com a UBS, saúde da família, SAMU, hospitais, unidades de apoio diagnóstico, de forma ordenada, com o auxílio das centrais de regulação. Utilizar sistemas de classificação de risco para atendimento dos pacientes mais graves, com risco de morte. Devem ser resolutivas para atendimento de casos agudos ou crônicos agudizados, realizar o primeiro atendimento com estabilização do quadro e avaliação da necessidade de encaminhamento para hospitalização, podendo alguns pacientes permanecer em observação até a alta ou referenciamento para outro estabelecimento (BRASIL, 2011).

A classificação das UPA 24h são baseadas de acordo com a população do município sede, a capacidade instalada (área física), número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos, sendo classificadas em três (3) diferentes portes, conforme Quadro 01: (BRASIL, 2011).

QUADRO 01: CLASSIFICAÇÃO DAS UPA

UPA	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MINÍMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m ²	até 150 pacientes	2 médicos	7 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m ²	até 300 pacientes	4 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m ²	até 450 pacientes	6 médicos	15 leitos

FONTE: Brasil (2011).

A UPA 24 h tem as seguintes competências conforme descrito na Rede de Atenção às Urgências: (BRASIL, 2011b, p.3):

- I - funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24 h;

III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

IV - estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário;

V - articular-se com unidades básicas de saúde/saúde da família, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;

VI - possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte;

VII - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

VIII - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica;

IX - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

X - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

XI - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

XII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 horas;

XIII - manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

XIV - encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, conforme antes mencionado, por meio das centrais reguladoras;

XV - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

XVI - contra-referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

XVII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassem a capacidade instalada da Unidade; e

XVIII - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

Como já mencionado anteriormente o atendimento na UPA deve ser realizado através do acolhimento com a classificação de risco, uma vez que o serviço de emergência possui grande demanda de atendimento. Na UPA Afonso Pena, a classificação de risco é realizada por profissional enfermeiro, utilizando-se o protocolo de Manchester, que possui em sua estrutura 55 fluxogramas que apresentam a queixa principal correlacionados com sinais e sintomas. Para cada sintoma existe um nível de

prioridade a ser respeitado, identificado por cores: Emergente (vermelho) devendo ser atendido de imediato, Muito Urgente (laranja) podendo ser atendido em até 10 minutos, Urgente (amarelo) em até 60 minutos, Pouco Urgente (verde) em até 120 minutos e Não Urgente (azul) em até 240 minutos. (MACKWAY- JONES; MARSDEN; WILDLE, 2018).

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

A proposta de estudo será apresentada na unidade de pronto atendimento (UPA) Afonso Pena, localizada no bairro Afonso Pena, no município de São José dos Pinhais/PR, o qual possui uma população estimada de 300mil habitantes (IBGE, 2016). Atualmente o município possui apenas uma única UPA habilitada como porte III.

A UPA Afonso Pena, foi inaugurada em 2014 e trabalha com a política de acolhimento e classificação de risco (Protocolo de Manchester), sendo os pacientes priorizados de acordo com a gravidade do caso: os de maior gravidade são atendidos imediatamente, e os pacientes em situação clínica estável, mas que necessitam de atendimento médico são atendidos nos consultórios, em regime de pronto atendimento.

Também foram implantados o atendimento odontológico de emergência, serviço de radiografia, sendo este estendido para uso das UBS, além de possuir uma equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV) e uma equipe de Suporte Básico de Vida (SBV) do SAMU descentralizada, o que proporciona uma diminuição do tempo resposta aos pacientes atendidos nas proximidades.

A Portaria GM/MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017, redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento, como componente da Rede de Atenção às Urgências - RAU que apresenta mudança nos portes I, II e III para a de capacidade operacional de funcionamento, declarada no Termo de Compromisso de Funcionamento da Unidade, de acordo com o quadro 2:

QUADRO 2: CLASSIFICAÇÃO DAS UPA ATRAVÉS DA CAPACIDADE OPERACIONAL DE FUNCIONAMENTO:

Opções	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Valor do incentivo financeiro para custeio de UPA 24h Nova	Valor do incentivo financeiro para qualificação de UPA 24h Nova
I	2 (1 diurno e 1 noturno)	R\$ 50.000,00	R\$ 35.000,00
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)	R\$ 75.000,00	R\$ 52.500,00
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)	R\$ 100.000,00	R\$ 70.000,00
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)	R\$ 137.000,00	R\$ 98.000,00
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)	R\$ 175.000,00	R\$ 125.000,00
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)	R\$ 183.500,00	R\$ 183.500,00
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)	R\$ 216.500,00	R\$ 216.500,00
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)	R\$ 250.000,00	R\$ 250.000,00

FONTE: Brasil, 2017c.

Sendo a UPA AFONSO PENA enquadrada item VIII, devendo manter os registros de procedimentos no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), para efeito de monitoramento, controle, avaliação e auditoria com o número mínimo de atendimentos médicos, e de classificação de risco de 10.125 ao mês, o Ministério da Saúde deverá realizar o repasse no valor mensal conforme a capacidade operacional de funcionamento, de R\$ 250.000,00/mês.

Em relação aos orçamentos anuais os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal da UPA 24h é de responsabilidade conjunta dos Estados e dos Municípios beneficiários, em conformidade com a pactuação estabelecida na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), quando das definições da sua implantação.

Quanto a sua estrutura física a UPA Afonso Pena é dividida em dois setores de atendimento, sendo eles: adulto e infantil. Sendo 19 leitos de observação adulto, 4 leitos de emergência adulto, 6 de observação pediátrica e 2 de emergência pediátrica.

A equipe de profissionais é composta por 30 enfermeiros assistenciais e 78 técnicos de enfermagem na assistência, ambos em escala de 40h/semanais, 7 enfermeiros administrativos, 87 médicos, 2 assistentes sociais, 1 psicólogo, 2 farmacêuticas, 11 técnicos de raio x, 16 agentes administrativos e 8 vigilantes.

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Neste item será descrito o método utilizado para realização do diagnóstico, bem como a estratégia da coleta de dados e a descrição dos resultados obtidos através do diagnóstico, os quais são descritos em sub tópicos para melhorar compreensão dos mesmos.

3.2.1 Método

A realização do diagnóstico situacional foi realizada mediante coleta de dados “*in loco*”.

3.2.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela autora do trabalho, no período de junho a dezembro de 2018 na unidade de Pronto Atendimento de São Jose dos Pinhais.

Para o levantamento dos dados efetuou-se consulta a arquivos institucionais, relatórios de gerenciamento da unidade disponibilizados pela chefia imediata e indicadores institucionais.

3.2.3 Instrumento de Coleta de dados

Um instrumento de coleta de dados foi elaborado pela autora do trabalho (APÊNDICE A) para obtenção de informações relativas à estrutura e funcionamento das UPA. O instrumento foi estruturado em 3 partes contendo itens relativos as seguintes categorias: “dados de identificação da UPA”, “quadro estrutural da UPA”, “notificações de eventos adversos”.

A categoria intitulada de “dados de identificação” contém dados relativos ao nome da instituição visitada, endereço, data de inauguração e população atendida.

A segunda categoria, “quadro estrutural da UPA” contempla dados referentes a política de classificação de risco, especialidade de atendimentos realizados e quantitativo

de profissionais atuantes na UPA por categoria profissional.

A última categoria é “denominada notificação de eventos adversos” e contém dados relativos aos protocolos de segurança do paciente, indicadores de qualidade em saúde, treinamento e implantação dos protocolos de segurança do paciente.

3.2.4 Características ou elementos da situação problema.

As características ou elementos da situação problema foram constatados junto a instituição foco do estudo, mediante observação e busca ativa de informação referentes a dois aspectos principais, a saber: a não adoção dos protocolos de segurança do paciente preconizados pelo Ministério da Saúde até o presente momento; e, a inexistência de qualquer iniciativa institucional direcionada a implementação dos protocolos de segurança do paciente na unidade em estudo.

3.2.5 Causas e Consequências da situação Problema

As principais causas para não implantação de protocolos de segurança até o momento são a morosidade, associada a não preocupação do serviço público com a obtenção de selos de certificação de qualidade, e a falta de registro de dados que comprovem o quão elevado é o número de eventos adversos que ocorrem no estabelecimento. Infere-se ainda, que a falta de registros em relação aos eventos adversos também tenha ligação com a percepção de que as falhas relacionadas a segurança do paciente resultam apenas em ações punitivas para o profissional.

As consequências implicam em uma prática de saúde insegura, acarretando a subnotificação dos eventos, e desta maneira, impedindo que esse assunto seja discutido para a melhoria do cuidado em saúde, à redução de riscos aos paciente e também, a correção das falhas, colocando em risco a segurança do paciente, com possibilidade de incorrer em danos leves a graves, podendo levá-lo ao óbito (MILAGRES, 2015).

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO- PROBLEMA

4.1. PROPOSTA TÉCNICA

A proposta técnica para a solução da situação problema foi realizada com base na utilização da ferramenta gerencial 5W2H. Tal ferramenta tem ampla utilização na prática gerencial contribuindo para direcionamento das atividades e processos e consequentemente otimização dos resultados por plano de ação previamente delineado. O objetivo central da ferramenta 5W2H é responder sete perguntas e organizá-las (UFMA, 2016). As perguntas a serem respondidas são: What? (O que será feito), Why? (Por que será feito), Where? (Onde será feito), When? (Quando será feito), Who? (Por quem será feito), How? (Como será feito), How much? (Quanto custará).

Por meio dela é possível mapear as atividades que devem ser realizadas, estabelecer quem fará o quê, em qual período de tempo, em qual área, os motivos pelos quais as atividades devem ser feitas, como serão feitas e quanto custarão (MEIRA, 2003).

Segundo estudo realizado por Sabel, Lopes e Barbosa (2018) no qual relatou a utilização de ferramenta 5W2H para a Estruturação das atividades do núcleo de Sistematização da Assistência de Enfermagem de um hospital pediátrico, tal ferramenta foi utilizada num período de seis meses (julho a dezembro de 2018), sem custos para a instituição, com o objetivo de aperfeiçoar o preenchimento da SAE pelos enfermeiros pediatras, tal ferramenta mostrou-se vantajosa uma vez que concorreu para o aprimoramento do processo de enfermagem institucional.

4.1.1.Plano de Implantação

O plano de implementação foi elaborado utilizando-se a ferramenta gerencial 5W2H, com base primeiramente na identificação, análise, avaliação e tratamento dos riscos no serviço de saúde tanto para os pacientes, quanto para os acompanhantes e os trabalhadores do serviço, de forma sistemática, buscando a prevenção, controle e redução dos riscos em serviços de saúde sempre com base em evidências científicas.

Por meio deste plano visa-se a prevenção e atenuação de incidentes em todas as

fases de assistência ao paciente, devendo reduzir a ocorrência de eventos adversos, com a melhoria contínua dos processos de cuidado, disseminando a cultura de segurança dos processos de gestão de risco e na garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde (ANVISA, 2014).

Posteriormente insere-se os protocolos de segurança dos pacientes com o objetivo de realizar o controle das ações e monitoramento dos riscos.

A revisão e atualização de todo o processo deve ser realizada periodicamente e sempre que houver mudanças locais substanciais ou de evidências clínicas, devendo as revisões serem documentadas.

Esse plano de ações servirá como um roteiro para os profissionais estabelecerem ações para promover a segurança e qualidade dos processos de trabalho nos serviços de saúde (ANVISA, 2014).

Abaixo, no quadro 3, estão listadas as propostas e sugestões de prazos para implantação, sendo passíveis de modificação a qualquer momento, a depender das circunstâncias de gerenciamento e organização da instituição de saúde foco do projeto.

QUADRO 3: INSTRUMENTO 5W2H APLICADO COMO PLANO DE AÇÃO A IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UPA AFONSO PENA, SJP, 2019.

What (O que será feito)	Why (Por que será feito)	Where (onde será feito)	When (Quando)	Who (Por quem será feito)	How (Como será feito)	Howmuh (quanto vai custar)
Reunião com os profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem)	Informar, solicitar, ajudar, inserir na discussão e implementação dos protocolos	Auditório da UPA	Março 2019	Cristiane	Exposição verbal	Não haverá onerosidade financeira.
Identificar os principais riscos no serviço de saúde.	Para priorizar quais protocolos implantar primeiramente	UPA	Março a maio de 2019	Enfermeiros e Técnicos de enfermagem	De forma sistêmica através identificação das fontes (formais e informais)	Não haverá onerosidade financeira

QUADRO 3: INSTRUMENTO 5W2H APLICADO COMO PLANO DE AÇÃO A IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UPA AFONSO PENA, SJP, 2019.

(Continua)

What (O que será feito)	Why (Por que será feito)	Where (onde será feito)	When (Quando)	Who (Por quem será feito)	How (Como será feito)	How much (quanto vai custar)
					que têm sido consideradas para identificar esses problemas. Criar planilhas com os principais eventos adversos.	
Analisar o risco	Conhecer a magnitude do evento, a probabilidade de ocorrência e os efeitos das consequências tornam possíveis intervenções corretas para minimizar efeitos em cenários previamente identificados como vulneráveis.	UPA	Junho de 2019	Equipe de saúde	Em estimativas baseadas especialmente em dois parâmetros: frequência e gravidade do evento, através da planilha realizada anteriormete com os relatórios de eventos adversos.	Não haverá onerosidade financeira
Avaliação do Risco	Para determinar se a magnitude do risco é tolerável ou	UPA	Junho de 2019	Cristiane	Reunindo os dados de identificação e análise de risco para	Não haverá onerosidade financeira

QUADRO 3: INSTRUMENTO 5W2H APLICADO COMO PLANO DE AÇÃO A IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UPA AFONSO PENA, SJP, 2019.

(Continua)

What (O que será feito)	Why (Por que será feito)	Where (onde será feito)	When (Quando)	Who (Por quem será feito)	How (Como será feito)	Howmuh (quanto vai custar)
	não				uma tomada de decisão. Sendo tabulados os dados previamente obtidos nas etapas anteriores.	
Tratamento do Risco	Para determinar ações para eliminar, reduzir, controlar ou prevenir os riscos, considerando a existência e a disponibilidade de medidas efetivas. Por outro lado, também pode decidir pelo não tratamento de determinado risco.	UPA	Julho de 2019	Cristiane	Determinando ações para eliminar, reduzir, controlar ou prevenir os riscos. Atráves de reuniões com a equipe para possíveis ideias de como tratar os riscos encontrados.	Não haverá onerosidade financeira
Elaboração do protocolo de Higiene das mãos	Implementar na UPA	UPA	Agosto de 2019	Enfermeiros e farmacêuticos	Atráves de pesquisa científica, baseados nos	Não haverá onerosidade financeira

QUADRO 3: INSTRUMENTO 5W2H APLICADO COMO PLANO DE AÇÃO A IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UPA AFONSO PENA, SJP, 2019.

(Continua)

What (O que será feito)	Why (Por que será feito)	Where (onde será feito)	When (Quando)	Who (Por quem será feito)	How (Como será feito)	Howmuh (quanto vai custar)
					protocolos do MS.	
Elaboração do protocolo Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;	Implementar na UPA	UPA	Outubro de 2019	Enfermeiros, farmacêuticos e médicos.	Atráves de pesquisa científica, baseados nos protocolos do MS.	Não haverá onerosidade financeira
Elaboração do protocolo de prevenção de queda dos pacientes	Implementar na UPA	UPA	Novembro de 2019	Enfermeiros e técnicos de enfermagem	Atráves de pesquisa científica, baseados nos protocolos do MS.	Não haverá onerosidade financeira
Elaboração do protocolo prevenção de LP	Implementar na UPA	UPA	Dezembro de 2019	Enfermeiros e técnicos de enfermagem	Atráves de pesquisa científica, baseados nos protocolos do MS.	Não haverá onerosidade financeira
Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.	Para melhor adesão dos protocolos por todos os envolvidos no cuidado	UPA	Setembro de 2019 e permanentemente	Toda equipe de saúde, pacientes e familiares	Atráves de orientações verbais	Não haverá onerosidade financeira
Monitorar o processo	Verificar o andamento do processo	UPA	Junho e Dezembro de 2019	Cristiane	Reunindo os envolvidos e avaliando as etapas do processo, analisando se	Não haverá onerosidade financeira

QUADRO 3: INSTRUMENTO 5W2H APLICADO COMO PLANO DE AÇÃO A IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA UPA AFONSO PENA, SJP, 2019.

(Conclusão)

What (O que será feito)	Why (Por que será feito)	Where (onde será feito)	When (Quando)	Who (Por quem será feito)	How (Como será feito)	Howmuh (quanto vai custar)
					está ocorrendo diminuição das notificações de eventos adversos.	
Avaliar os resultados	Certificar o processo	UPA	Janeiro de 2020	Cristiane	Coletando dados, mediante instrumento elaborado ao longo do processo.	Não haverá onerosidade financeira
Reunir profissionais da saúde	Apresentar os resultados do novo processo	Auditório da UPA	Janeiro de 2020	Profissionais da saúde	Reunião com os profissionais utilizando apresentação em power point com todos os resultados alcançados e os que ainda devem ser almeçados.	Não haverá onerosidade financeira

FONTE: O autor, 2019.

4.1.2. Recursos

Para implantação dos planos de ações serão necessários recursos humanos, de informação (planilhas e relatórios com as notificações dos eventos adversos), de ambiente (salas para reuniões dentro da UPA, auditório da UPA, entre outros ambientes na referida unidade) e principalmente de tempo.

4.1.3 Resultados esperados

Espera-se com esse estudo que se consiga gerar uma melhor qualidade e minizar os riscos implicados na assistência a saúde.

Esse assunto vai muito além do que o cumprimento de uma legislação vigente desde 2013 acerca da segurança do paciente, a importância deste tema para as instituições de saúde, a academia e os pacientes usuários dos serviços é de extrema relevância.

4.1.4. Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo – corretivas

Alguns são os riscos que pode-se encontrar nesse processo; tais como a baixa adesão da equipe nas reuniões, dificuldade de envolver todos os profissionais, pacientes e acompanhantes no processo; falta de tempo para que os profissionais, que já sofrem com sobrecarga de trabalho, consigam elaborar os protocolos de segurança.

Contudo acredita-se que uma vez que os profissionais comecem a se envolver e sintam as melhorias que o projeto pode acarretar em seu dia a dia de trabalho, estes comecem a estar cada vez mais envolvidos e dispostos a perpetuar as ideias aqui apresentadas.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho tem como objetivo implantar os protocolos de segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento no município de São José dos Pinhais, visto a inexistência desses, e a importância de sua implantação, que inclusive está prevista em legislação desde o ano de 2013, para a melhoria da qualidade e segurança da assistência de saúde.

No ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), visando contribuir com a qualidade de cuidado em saúde, o qual preconiza que a direção dos serviços de saúde deve estar envolvida na segurança do paciente para traçar um conjunto de ações e metas. Contudo, ainda nota-se a dificuldade de se instituir um núcleo focado na assistência segura, especialmente em serviços públicos de saúde.

Pelo uso da ferramenta gerencial 5W2H foram propostas quatorze ações para implantação de protocolos de segurança na UPA Afonso Pena, com prazo de onze meses para o desenvolvimento e adaptação aos novos protocolos, lembrando-se que a revisão e atualização de todo o processo deve ser realizada periodicamente e sempre que houver mudanças locais substanciais ou de evidências clínicas.

Com isso espera-se contribuir para a maior divulgação do tema de segurança do paciente, sempre em busca de uma assistência baseada em estudos científicos que levem a maior qualidade e segurança nos serviços de saúde.

REFERENCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência segura:** Uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em:
<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A0ncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>> Acesso em: 13 de jan. 2019.
- _____. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/modulo6.pdf>. Acesso em 24 jan. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1600, de 07 de julho de 2011a. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 jul. 2011. Seção I, p. 70. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.
- _____. _____. Portaria n. 1601, de 07 de julho de 2011b. Estabelece diretrizes para a implantação do componente UPA e o conjunto de serviços de urgência 24h da rede de atenção às urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011. Seção I, p. 70. Disponível em:
<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA%20No%201601%20de%207%20de%20julho%20de2011.pdf>>. Acesso em: 13 jan 2019.
- _____. _____. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013a. Aprova os protocolos de segurança do paciente: Protocolo para Cirurgia Segura; Protocolo para a Prática de Higiene de Mãos em Serviços de Saúde; Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 julho 2013. Seção 1, p. 47. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 13 de jan. 2019.
- _____. _____. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013b. Aprova os protocolos de segurança do paciente: Protocolos de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 setembro

2013. Seção 1, p. 47. Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>.
 Acesso em: 13 de jan. 2019.

_____. _____. Portaria n. 342, de 4 de março de 2013i. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 mar. 2013. Seção I, p. 47. Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>.
 Acesso em: 13 jan. 2019.

BRASIL. RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 “Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.” Órgão emissor: Anvisa. Disponível em:
 <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e > Acesso em: 30 de out. 2018.

_____. _____. 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, 2014a. Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> acesso em:30 de out. de 2018..

_____. _____. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

_____. _____. Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017a. Institui a consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 28 set. 2017a. Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html>.
 Acesso em: 27 out. de 2018.

_____. _____. Diretrizes UPA 24h. 30 de ago 2017b. Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/acoes-e-programas/upa/diretrizes-upa-24h>. Acesso 15 jan. 2019.

_____. _____. Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017c. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 03 de jan. 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso 15 jan. 2019.

DONABEDIAN, A. **Quality assurance in our health care system. Assurance and Utilization Review.** v.1, n.1 p. 6-12, Feb. 1986. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=retrieve&list_uids=2980877&dopt=citation. Acesso em: 13 jan. 2019.

FERREIRA, D. **Qualidade em saúde. Blog dedicado à qualidade na assistência médica, à busca da redução erros médicos e eventos adversos na assistência médico-hospitalar.** 07/07/2007. Disponível em: <http://qualidadeemsaude.blogspot.com/2007/07/o-modelo-do-queijo-suio.html>. Acesso em: 13 jan. 2019.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Joint Commission International accreditation standards for hospitals.** Joint Commission International, 2014. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/Hospital-5E-Standards-Only-Mar2014.pdf>. Acesso em: 13 de jan. 2019.

MACKWAY- JONES, K.; MARSDEN, J.; WILDLE, J. **Sistema Manchester de classificação de risco:** classificação de risco de urgência e emergência. Tradução de: GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. 2 ed. Belo Horizonte, 2018.

MEIRA, R. C. **As ferramentas para a melhoria da qualidade.** Porto Alegre: SEBRAE, 2003.

MILAGRES, Lidiane Miranda. **Gestão de riscos para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos.** 2015. 99f. Dissertação (Mestrado

em enfermagem) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>>. Acesso em 24 jan. 2019.

NEUHAUSER D. **Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is.** QualSaf Health Care. 2003;12:317.

OLIVEIRA, R. M. et al. **Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices.** Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p. 122-129, Jan./Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **OMS lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados à medicação em cinco anos.**

29/03/2017. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5384:oms-lanca-esforco-global-para-reduzir-pela-metade-os-erros-relacionados-a-medicacao-em-cinco-anos&Itemid=838> Acesso em: 14 jan. de 2019.

REASON, J. **Human error: model sand management.** BMJ, v. 320, n.7237, 2000.

Disponível

em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

UFMA. Universidade Federal do Maranhão -UFMA. Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.). - São Luís, 2015. 42f. Disponível em:

<[file:///C:/Users/ps.uueafonso/Downloads/UNIDADE_4%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ps.uueafonso/Downloads/UNIDADE_4%20(1).pdf)>. Acesso em 14 jan. 2019.

UFMA. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão/Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis. - São Luís, 2016. Disponível em:

http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp04.pdf. Acesso em: 22 jan. 2019.

SABEL, Carla M.; LOPES, Sandra; BARBOSA, Débora. **Utilização de ferramentas gerenciais para a estruturação das atividades do núcleo de sistematização da assistência de enfermagem de um hospital pediátrico.** In: 16º Seminário Nacional de Diretrizes para Educação em Enfermagem, 2018. Florianópolis. Anais. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/16senaden/anais/indiceautor.htm#D%3E>. Acesso em: 22 jan 2019.

WEIGL, M. et al. Work conditions, mental workload, and patient care quality: a multisource study in the emergency department. **BMJ Quality & Safety On Line First**, p. 1-10, 8 Sep. 2015. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/08/bmjqs-2014-003744>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World alliance for patient safety: forward programme 2004.** Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/en/>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA UPA	
Nome da instituição:	_____
Endereço:	_____
Data de inauguração:	_____
População atendida:	_____
QUADRO ESTRUTURAL DA UPA	
1. Quais atendimentos são prestados na UPA ?	
<input type="checkbox"/> clínico	
<input type="checkbox"/> emergencial	
<input type="checkbox"/> odontológico	
<input type="checkbox"/> outro: _____	
2. Quais setores de atendimento a UPA possui ?	
<input type="checkbox"/> adulto	
<input type="checkbox"/> infantil	
<input type="checkbox"/> outro : _____	
3. Quais são os profissionais que prestam atendimento na UPA?	
<input type="checkbox"/> enfermeiro	nº: _____
<input type="checkbox"/> técnico em enfermagem	nº: _____
<input type="checkbox"/> médico	nº: _____
<input type="checkbox"/> assistente social	nº: _____
<input type="checkbox"/> psicólogo	nº: _____
<input type="checkbox"/> farmacêutico	nº: _____
<input type="checkbox"/> outro: _____	
NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	
4. Na unidade em questão são instituídos os protocolos de segurança do paciente estabelecidos pelas portarias ministeriais de 2013 (Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013)?	
<input type="checkbox"/> sim	
<input type="checkbox"/> não	
5. Se sim, quais?	
<input type="checkbox"/> higiene das mãos	
<input type="checkbox"/> cirurgia segura	

segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

identificação de pacientes

prevenção de quedas

úlceras por pressão

6. Na unidade há registro de indicadores que monitorem ainda que indiretamente algum dado relacionado aos protocolos de segurança do paciente?

sim

não

7. Se sim, quais?

8. Já houve algum treinamento acerca de algum protocolo de segurança do paciente?

não

sim

9. Se sim, qual?
