



Núcleo de Segurança do Paciente: Implantação em clínica de imagem na cidade de Manaus – AM



Autores: Aline Morião Carvalho de Souza¹, Maria da Conceição de Oliveira Parente, Cleinaldo de Almeida Costa²

1 – Discente do Mestrado Profissional em Cirurgia (Programa de Pós Graduação em Cirurgia) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas
2 – Docente do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas

Palavras-chave

Segurança do paciente; Diagnóstico por imagem; Assistência ambulatorial.

Introdução

Houve um avanço tecnológico exponencial na imagenologia nas últimas décadas por meio do desenvolvimento de novos métodos. O diagnóstico por imagem se tornou um sistema complexo não somente pela quantidade de equipamentos e tecnologias envolvidas, como também pela rede de profissionais relacionados ao processo, gerando pontos de vulnerabilidade. Além disso, o aumento na produtividade favorece maior risco em relação à segurança do paciente(1,2).

No Brasil, em 2013, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria nº 523, para o monitoramento e prevenção de danos na assistência à saúde(3). A RDC nº 36, também publicada no ano de 2013, estabeleceu a obrigatoriedade de constituição do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos serviços de saúde, incluindo serviços de Diagnóstico por Imagem(4,5).

Na capital do Amazonas, de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) existem 474 estabelecimentos públicos de saúde. No interior do Estado há pelo menos um estabelecimento público de saúde por município, em um total de 61. Não foi possível contabilizar os serviços de saúde privados do Estado por ausência de dados disponíveis.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 03/01/2020 existiam cadastrados 7 NSP no interior do Estado e 55 na capital, incluindo instituições públicas e privadas, que somam apenas 62 NSP em todo o Estado. Apesar de obrigatório, poucas instituições no Norte do país têm NSP cadastrados na ANVISA. Estima-se que menos que 10% dos serviços de saúde no Amazonas tenham NSP.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de implantação do NSP, bem como apresentar resultado de notificações no período de um ano.

Método

Estudo transversal, observacional, realizado por meio de notificações de incidentes, no período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Amazonas CAAE: 36321320.3.0000.5020. Parecer CEP: 4.214.971.

Resultados

A pesquisa foi feita em uma clínica de imagem, que realiza mais de 120.000 exames/ano, atendendo demanda tanto do SUS, quanto de rede conveniada. A mobilização para melhorar a assistência na saúde começou em 2019 através da revisão do Plano de Segurança do Paciente, existente desde 2016, pouco conhecido e divulgado entre os funcionários da organização.

O NSP foi nomeado pela direção em fevereiro de 2020, constituído por uma equipe multidisciplinar, composta por indivíduos-chave com interesse em segurança do paciente, incluindo um membro da alta direção, um médico, uma enfermeira, uma farmacêutica e um representante administrativo. O NSP realizou reuniões mensais e relatórios trimestrais dos resultados, com divulgação na rede interna de comunicação via e-mail institucional e em reunião com gestores. O cadastro do NSP foi efetuado junto à ANVISA, bem como a nomeação do coordenador do NSP como gestor de segurança, responsável pelo envio de notificações de EA no sistema NOTIVISA.

No período avaliado foram notificados 284 eventos, entretanto, um foi excluído por número de registro incorreto, totalizando 283 eventos válidos. Destes, 93 foram eventos adversos, correspondendo a 31%. Foram considerados EAs quaisquer prejuízos ao paciente, não necessariamente de ordem física, incluindo a necessidade de complementar um exame ou retorno à instituição para buscar, por exemplo, outra via de laudo.

| EA | Número | % |
|--------------|--------|--------|
| Procedimento | 25 | 26,88% |
| Avaliação | 16 | 17,20% |
| Área | 10 | 10,75% |
| Lado | 2 | 2,15% |
| Documentação | 7 | 7,53% |
| Distribuição | 10 | 10,75% |
| Nome | 2 | 2,15% |
| Data | 2 | 2,15% |
| Tempo | 7 | 7,53% |
| Medicamentos | 8 | 8,60% |
| Outros | 4 | 4,30% |
| Total | 93 | |

Tabela 1: Eventos adversos notificados

Os eventos adversos mais prevalentes foram 26% relacionados ao procedimento/exame, 17% relacionados a avaliação/laudo, sendo que dentre estes erros, os de diagnóstico constituíram apenas quatro, 10% relacionados à área do corpo diferente e 2,1% em relação ao lado.

Em 2009 a *Pennsylvania Patient Safety Authority* divulgou erros relacionados à radiologia. O erro mais comum, assim como em nosso serviço, foi em relação ao procedimento/exame, correspondendo a 50%. Paciente errado correspondeu a 30%. Não obtivemos em nossa amostra nenhum caso de paciente errado e sim apenas dois casos com nome errado. Lado errado foi 15% na Pensilvânia e 2,1 % em nosso estudo. Em relação à área do corpo o nosso estudo teve percentual maior (10,7%), sendo que o deles correspondeu a 5%. Em 2017 a Pensilvânia adicionou o fator tempo errado e detectaram 8%, semelhante ao nosso estudo.

Foram notificados ainda dois casos de extravasamento e seis eventos relacionados à administração de contraste endovenoso, todos considerados como reações adversas leves. Os tipos de exames com maior incidência foram RM e em segundo lugar TC. Na Pensilvânia as notificações foram: radiografia, TC, Mamografia, RM e USG em ordem decrescente. Central de Laudos, técnicos de radiologia e médicos constituíram as barreiras mais importantes na identificação de eventos.

Durante o período ocorreu um EA moderado, relacionado a lesão ungueal durante exame de RM, que foi investigado e acompanhado; uma convulsão antes de realizar o exame e um evento durante o transporte entre duas unidades. Obtivemos apenas um caso relacionado a equipamento.

Referências

1. Novak A, Nyflot MJ, Ermoian RP, Jordan LE, Sponseller PA, Kane GM, et al. Targeting safety improvements through identification of incident origination and detection in a near-miss incident learning system. *Med Phys*. 2016;43(5):2053–62.
2. Lacson R, Cochon L, Ip I, Desai S, Kachalia A, Dennerlein J, et al. Classifying Safety Events Related to Diagnostic Imaging From a Safety Reporting System Using a Human Factors Framework. *J Am Coll Radiol* [Internet]. 2019;16(3):282–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2018.10.015>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional para Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013.
4. Brasil. ANVISA. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Of da União*. 2013;1–5.
5. Brasil. ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Implantação do Núcleo de Segurança do paciente em Serviços de Saúde. Brasília; 2016. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 6.