

# A IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES RELACIONADAS À SEGURANÇA DO PACIENTE NA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

## THE IMPLEMENTATION OF ACTIONS RELATED TO PATIENT SAFETY IN BRAZILIAN NAVY'S DENTAL CENTER: EXPERIENCE REPORT

Renata Cristina Ferreira Soares<sup>1</sup>, Edvania Santana de Carvalho<sup>2</sup>

### Resumo

O objetivo deste trabalho foi apresentar a experiência de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente e de estratégias voltadas à segurança do paciente na Odontoclínica Central da Marinha. Para tanto, realizou-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, vivenciado pelas autoras como integrantes do Núcleo de Segurança do Paciente. A experiência incluiu a publicação do Plano de Segurança do Paciente e a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão; a divulgação e educação para o desenvolvimento da cultura de segurança; o estabelecimento de um fluxograma como um primeiro passo e posteriormente da revisão retrospectiva de prontuários para a notificação e a identificação de eventos adversos; e a proposta de estabelecimento de um **checklist** de cirurgia oral segura. Os pontos positivos da experiência incluíram a elaboração de uma lista preliminar de Eventos Adversos em Odontologia; o acompanhamento de indicadores não estabelecidos no Plano de Segurança do Paciente e a adequada gestão do conhecimento sobre o tema. Apesar de já ter avançado neste campo, a organização ainda precisa fortalecer sua cultura de segurança; introduzir protocolos e procedimentos padronizados nos processos de trabalho; mensurar efetivamente e aplicar os indicadores de desempenho e desenvolver uma interação colaborativa entre os setores para o estabelecimento de ações voltadas para a gestão de riscos.

**Palavras-chave:** segurança do paciente, dano ao paciente, odontologia.

### Abstract

*The aim of this study was to present the experience of the implementation of a Patient Safety Center and strategies focused on patient safety in the Brazilian Navy's Dental Center (Odontoclínica Central da Marinha). For that, a descriptive study with a qualitative approach was carried out, which was experienced by the authors as members of the Patient Safety Center. The experience included the publication of the Patient Safety Plan and the elaboration of Standard Operational Procedures; the dissemination and education for the development of a safety culture; establishing a flowchart as a first step and then the retrospective review of medical records for the report and identification of adverse events; and the proposal to establish an oral surgery safety checklist. The positive aspects of the experience included developing a preliminary list of Adverse Events in Dentistry; following indicators not defined in the Patient Safety Plan and the proper knowledge management. Although it has already advanced in the field of patient safety, the organization still needs to establish a safety culture; to introduce standardized protocols and procedures in the work processes; to measure indicators and to develop a collaborative interaction among the sectors for the establishment of actions aimed at risk management.*

**Keywords:** patient safety, patient harm, dentistry.

1. Capitão-Tenente (Cirurgiã-dentista) - Especialista em Prótese Dentária e Mestre em Administração Pública. Núcleo de Segurança do Paciente da Odontoclínica Central da Marinha, Rio de Janeiro, Brasil.

2. Primeiro-Tenente (RM2-S) - Enfermeira; Especialista em Administração Hospitalar e em Enfermagem do Trabalho. Núcleo de Segurança do Paciente da Odontoclínica Central da Marinha, Rio de Janeiro, Brasil.

## Introdução

Na área médica, desde a década de 1990, os danos provocados ao paciente/doente pelo atendimento em saúde têm sido extensivamente estudados, especialmente em países desenvolvidos (1). Nos Estados Unidos (EUA), o estudo formal da segurança do paciente em Medicina, nesta mesma década, foi impulsionado pelo relatório “To Error is Human”, do Instituto de Medicina daquele país. Os dados do relatório revelaram, de forma surpreendente, que mais pessoas haviam morrido nos EUA em virtude de erros médicos do que vítimas de acidentes de trânsito (2). Desde então, avançou-se consideravelmente nesta temática, especialmente em ambientes hospitalares.

Na área odontológica, contudo, apesar de a segurança do paciente ser fundamental para a oferta de um cuidado em saúde de qualidade, a cultura de segurança parece não ter se difundido tanto quando comparada à área médica (3). A despeito deste fato, a escassa literatura que surge sobre o tema sugere que os pacientes que recebem tratamento odontológico experimentam um número significativo de Eventos Adversos (EA) ou danos desnecessários, a exemplo da aspiração de coroas protéticas; das lacerações de mucosa decorrentes do uso de alta rotação e da exodontia de elemento dentário trocado (4). Neste contexto, o Evento Adverso caracteriza-se como um conceito chave, e diz respeito ao incidente que resulta em dano para o doente (1).

A segurança do paciente, no Brasil, sempre permeou as legislações sanitárias do país, mas somente em 2013 lançou-se um programa oficial sobre o assunto. Trata-se da Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Em atendimento à legislação, em 17 de julho de 2014, a Odontoclínica Central da Marinha (OCM), por meio da Portaria nº 33/2014, constituiu o seu Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). O objetivo deste Núcleo incluía a promoção de uma assistência segura, de forma a prevenir, monitorar e reduzir a incidência de Eventos Adversos no processo de atendimento ao paciente.

Assim, o objetivo deste trabalho foi o de apresentar a experiência de implementação do NSP e de estratégias voltadas à segurança do paciente na Odontoclínica Central da Marinha,

incluindo os desafios e as dificuldades encontrados neste percurso e a utilização de técnicas de *benchmarking* em relação aos referenciais, práticas e cultura de segurança da área médica.

## Métodos

Para a redação deste trabalho realizou-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, uma ferramenta que apresenta uma situação vivenciada no âmbito profissional que seja de interesse da comunidade científica. A metodologia se propõe a contextualizar a experiência, mostrando os resultados obtidos e as lições aprendidas.

## RELATO DA EXPERIÊNCIA

### I. A Organização e o Núcleo de Segurança do Paciente.

A OCM é uma Organização Militar da Marinha do Brasil cuja missão é contribuir para a eficácia do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), no que concerne ao Subsistema Assistencial com a realização das seguintes tarefas:

- Prestar Assistência Odontológica no Eixo da Atenção Especializada de Média Complexidade;
- Planejar e executar Programas de Prevenção Odontológica, sob a supervisão do Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM);
- Desenvolver pesquisas ligadas à área odontológica, de interesse para a Marinha do Brasil (MB), sob a supervisão do Instituto de Pesquisas Biomédicas do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD); e
- Executar e subsidiar o planejamento de palestras, cursos expeditos, cursos especiais, cursos de aperfeiçoamento, relativos à área odontológica, sob a supervisão técnica do HNMD.

Conta atualmente com consultórios distribuídos pelas Clínicas de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais (CTBMF), Dentística, Disfunção Têmporo Mandibular e Dor Oro Facial, Endodontia, Estomatologia e Patologia Bucal, Implantodontia, Odontogeriatrics, Ortodontia, Periodontia, Prótese Dentária; com os Serviços de Odontologia Preventiva, Radiologia Odontológica e Imaginologia, Semiologia e Pronto Atendimento. Dispõe também de um laboratório de Prótese Dentária e de um laboratório de Ortodontia, de uma sala equipada para o Serviço de Estabilização

do Paciente e de um Serviço de Enfermagem e Esterilização.

A OCM estabelece boas práticas para seu funcionamento fundamentadas tanto na humanização da atenção e da gestão quanto na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente (5). Atende às normas instituídas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autoridade regulamentar encarregada de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde.

Deste modo, a organização se adequou à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36 da ANVISA (6), que em 25 de julho de 2013 instituiu ações para a promoção da segurança do paciente em serviços de saúde, com foco na promoção, execução e monitorização de medidas preventivas e corretivas. Entende-se, neste contexto, que a Segurança do Paciente diz respeito à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde (1).

Para atender à legislação, em 17 de julho de 2014, a Direção da OCM nomeou seu Núcleo de Segurança do Paciente, “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente” (6). O propósito foi o de apoiar a Direção na condução de ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente (7).

Os Núcleos de Segurança devem ser estruturados nos serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Dessa forma, não apenas os hospitais, mas clínicas e serviços especializados de diagnóstico e tratamento também devem possuir núcleos de segurança, como, por exemplo, serviços de diálise, serviços de endoscopia, serviços de radiodiagnóstico, serviços de medicina nuclear, serviços de radioterapia e serviços odontológicos. Os consultórios individualizados, contudo, estão excluídos do escopo da norma. O NSP possui a atribuição de elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente (PSP) das instituições de saúde. Além disso, deve atuar como articulador e incentivador dos demais departamentos que gerenciam riscos e que promovem ações de qualidade (8). Neste contexto, o gerenciamento de riscos diz respeito a um processo multidisciplinar, cujo objetivo é perceber, notificar, tratar e monitorar os fatores

de risco para prevenir EA, os quais podem causar danos às pessoas e à instituição.

Desde a constituição da primeira comissão do NSP na OCM, oito novas portarias foram publicadas com o propósito de substituir seus componentes, fato que se explica pela alta rotatividade de pessoal no âmbito militar. A troca periódica dos componentes do NSP pode ser avaliada sob dois enfoques. Apesar de representar uma fraqueza do sistema, no sentido de que o grupo de trabalho perde em coesão e em experiência profissional, ela também pode ser avaliada como uma maneira de difundir a cultura de segurança de forma mais minuciosa entre os profissionais, com a convicção de que eles serão multiplicadores deste conhecimento, seja no âmbito da OCM ou de outras organizações de saúde da Marinha.

O NSP da OCM definiu as atividades iniciais de sua atuação por intermédio da publicação do PSP e da elaboração de protocolos baseados nas Metas Internacionais de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS). Tais metas estão publicadas nas Portarias 1.377 e 2.095/2013 do MS (9,10), e compreendem:

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais;
3. Uso e administração segura de medicamentos;
4. Assegurar cirurgia com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
5. Higienização das mãos;
6. Reduzir o risco de lesão aos pacientes decorrentes de quedas.

Na OCM, o PSP foi publicado em outubro de 2015 e revisto em setembro de 2016. A elaboração do PSP é obrigatória, de acordo com a RDC nº. 36/2013 e, apesar de não ser um documento cartorial, ele serve como um roteiro para a liderança e para os profissionais de saúde constituírem e avaliarem ações para promover a segurança e a qualidade dos processos de trabalho nas instituições (7). O PSP deve conter informação técnica pertinente, lista de atividades a serem desenvolvidas com definições de responsabilidades, protocolos, disponibilização de ferramentas de coleta de dados, e orientações para notificação de incidentes (6).

O PSP da OCM contém ações de orientação técnico administrativas com foco em prevenir a ocorrência de incidentes e eventos adversos inerentes às atividades desenvolvidas pelas diversas clínicas e serviços da OCM; porém é um plano incipiente e que necessita de adequação constante de acordo com a realidade do atendimento odontológico. A escassez de literatura sobre a segurança do paciente em Odontologia foi uma dificuldade encontrada durante a elaboração do PSP; para a redação do documento, foi necessária a utilização de técnicas de *benchmarking* em relação aos referenciais da área médica, com a adaptação de práticas do ambiente hospitalar para a realidade odontológica. Neste contexto, definem-se técnicas de *benchmarking*, de acordo com a Fundação Nacional da Qualidade (11), como as comparações do desempenho de algum processo, prática de gestão ou produto da organização, com o de um processo, prática ou produto similar, que esteja sendo executado de maneira mais eficaz ou eficiente, na própria ou em outra organização.

Ao mesmo tempo em que revisou o PSP, em setembro de 2016, o NSP elaborou Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para cada Meta Internacional de Segurança do Paciente publicada pelas Portarias 1.377 e 2.095/2013 (9,10), além de um POP para orientar a notificação de eventos adversos. O objetivo primordial de um POP é o de padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais, visando o funcionamento correto do processo.

A publicação de POPs já era uma prática adotada pela OCM, que possui procedimentos padronizados para as rotinas administrativas e para os processos clínicos de atendimento ao usuário. Erros acontecem pela falta de adequação dos profissionais às técnicas corretas apresentadas pelos POPs e pelos protocolos básicos de segurança do paciente. Nesse sentido, o NSP propõe-se a perseguir a redução desses erros, por intermédio de uma gestão de qualidade, que inclui a instituição de um PSP adequado à realidade da instituição e a publicação de procedimentos operacionais que visam à segurança do usuário (12).

## 2. Divulgação e Educação

As organizações de assistência à saúde continuamente se esforçam para melhorar a disseminação de uma cultura de segurança

entre os profissionais envolvidos nos cuidados com o paciente. Estes profissionais têm enorme responsabilidade na prevenção das complicações ocasionadas por eventos adversos na prática assistencial; alguns deles, contudo, ainda têm receio de lidar com os erros, principalmente porque estes estão associados a sentimentos de incapacidade, culpa, e limitado conhecimento científico (13).

Neste contexto, a capacitação dos profissionais é altamente recomendada, visto que tende a promover mudanças significativas na cultura de segurança das instituições, colaborando para o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias à assistência segura ao paciente (14).

Assim, o NSP da OCM se empenhou em divulgar a cultura de segurança dentro da organização, educando seus profissionais acerca do tema, seja por intermédio da divulgação de notas em Plano do dia (publicação interna da instituição) e da distribuição de *folders*, seja através da realização de palestras.

Apesar das ações de divulgação e educação serem uma realidade, a cultura de segurança do paciente na OCM ainda não está fortalecida. É necessário que as ações educativas sejam intensificadas, em primeiro lugar, devido à alta rotatividade de pessoal, que formados em sua maioria por cirurgiões-dentistas, tem mínimo ou nenhum conhecimento acerca da temática de segurança do paciente. Em segundo lugar, a escassez de literatura sobre o tema dificulta o trabalho educativo, tanto no que diz respeito aos próprios membros do NSP quanto no que concerne aos demais profissionais da organização. Soma-se a isto o fato de que são raros os dados divulgados acerca de incidentes em Odontologia, o que culmina por contribuir para um pensamento de que os consultórios odontológicos são ambientes isentos de eventos adversos.

## 3. Notificação de Eventos Adversos

Baseando-se no preceito de que é necessário, antes de tudo, conhecer a epidemiologia dos incidentes, a OCM instituiu um fluxograma para sua notificação, como um anexo do seu PSP. Isto porque, em primeiro lugar, é fundamental identificar a ocorrência dos eventos para que se caminhe na compreensão de seus fatores contribuintes, do seu impacto na saúde e da

efetividade de métodos de prevenção (14).

A implementação do fluxograma de notificação foi o primeiro passo da organização no sentido de identificar a ocorrência de incidentes e eventos adversos em Odontologia. Existe, contudo, uma falta de cultura dos profissionais de saúde de notificar os incidentes, principalmente se o sistema não garantir o anonimato de quem notifica (14). Esse fato se agrava quando se trata da área odontológica, cujas equipes, em sua maioria têm experiência de atendimento apenas em nível ambulatorial e muitas vezes em consultórios particulares. A maioria nunca ouviu falar em segurança do paciente.

Concomitante ao trabalho de divulgar o fluxograma para a notificação de incidentes e de incentivar a sua utilização, o NSP, em conjunto com o Departamento Odontológico, realizou um levantamento dos incidentes em Odontologia que poderiam ser classificados como notificáveis. Dentro deste contexto, um incidente pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente com danos (evento adverso). Segundo a OMS, uma ocorrência comunicável é “uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente” (exemplo: uma clínica movimentada, com falta de pessoal por turno, mas sem ocorrência de incidente). Um quase evento é um “incidente que não alcançou o doente” (exemplo: introduzir o anestésico na seringa, mas antes da aplicação detectar que o paciente é alérgico àquela substância). Um evento sem danos é um incidente em que um “evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis” (exemplo: foi utilizado anestésico com prazo de validade expirado, mas nada ocorreu com o paciente). Um incidente com danos ou evento adverso é um “incidente que resulta em danos para o doente” (exemplo: exodontia de elemento dentário trocado) (1).

A identificação dos incidentes em Odontologia não foi fácil. Muitos incidentes são facilmente classificados em algum dos conceitos apresentados, enquanto outros suscitam dúvidas e não são avaliados de forma unânime pelos profissionais. Apesar disso, a OCM desenvolveu uma listagem preliminar, definida com o auxílio de especialistas de todas as áreas odontológicas, de forma que os incidentes puderam ser descritos para todas as especialidades.

Apenas em 2017 a OCM pode reavaliar sua listagem inicial e readequá-la de acordo com dois estudos publicados com o objetivo de identificar os EA da área odontológica (2,4). Assim, a evolução do conhecimento na área contribuiu para o aprimoramento do processo de identificação de eventos e de sua classificação, facilitando ainda a comunicação acerca da ocorrência destes incidentes na prática odontológica.

O fluxograma para notificação de incidentes foi publicado na organização em outubro de 2015; apenas em maio de 2017, contudo, o NSP recebeu a primeira notificação de incidentes ou não conformidades. Esse lapso de tempo entre a publicação do documento e a primeira notificação sugere que a divulgação realizada pelo NSP acerca do PSP e do fluxograma foi deficiente. Evidencia, também, a falta de cultura acerca da notificação de incidentes e pode sugerir que há receio por parte dos profissionais de revelar seus “erros”, temendo ação punitiva. Até abril de 2018 foram recebidas pelo NSP apenas sete notificações de incidentes ou não conformidades, o que revela que o trabalho do NSP com relação à divulgação e educação está apenas no início. Pelo volume de atendimentos realizados mensalmente pela OCM (cerca de 14.000), acredita-se que a ocorrência de incidentes é muito superior ao que tem sido notificado.

Recebida a primeira notificação, o NSP instituiu a produção de relatórios de incidentes ou não conformidades, cujo objetivo é classificar, avaliar o evento e sugerir ações de melhoria.

Neste contexto, as ações de melhoria, são definidas pela OMS como aquelas empreendidas para tornar melhor ou compensar qualquer dano após um incidente. As ações de melhoria podem aplicar-se ao doente (a gestão clínica de uma lesão, o pedido de desculpas) e à organização (revisão de casos, “*debriefing*”, mudança de cultura, gestão de reclamações) (1).

Já as ações empreendidas para reduzir o risco traduzem-se “em medidas tomadas para prevenir a repetição do mesmo incidente ou incidente semelhante para o doente, e na melhoria da resiliência do sistema”. Segundo a OMS, estas ações podem ser dirigidas ao doente (a prestação de cuidados adequados, apoio à decisão), ao pessoal (formação, a disponibilidade de políticas/protocolos), à organização (melhoria da liderança/orientação, avaliação pró-ativa dos riscos) e aos

agentes terapêuticos e equipamentos (auditorias regulares, limitações físicas funcionais) (1).

Assim, o relatório produzido pelo NSP da OCM classifica o incidente notificado de acordo com o protocolo da OMS em relação ao tipo de incidente e às consequências para o paciente (1). Ademais, são descritas as características do paciente, incluindo o motivo do comparecimento à OCM e o diagnóstico clínico principal. Passa-se então à redação das características do incidente, que incluem o como, onde e quando o incidente ocorreu, quem esteve envolvido e quem o comunicou. O relatório também avalia possíveis fatores contribuintes e possíveis consequências para a organização, dentre as quais podemos citar, por exemplo, o aumento da utilização de recursos para tratar o paciente além de consequências de ordem legal. Por fim, o relatório elenca os fatores atenuantes do dano, caso existam e avalia as ações de melhoria aplicadas em relação ao paciente, sugerindo também medidas para que a possibilidade de novas ocorrências semelhantes seja minimizada.

#### 4. Revisão Retrospectiva de Prontuários

Visto que a introdução do fluxograma de notificação de eventos adversos não surtiu os efeitos desejados em relação ao recebimento de notificações, o NSP decidiu, em 2017, estabelecer uma nova metodologia que possibilitasse identificar a ocorrência de incidentes. Para tanto, empregou-se a revisão retrospectiva de prontuários. O método pressupõe duas fases: uma primeira, quando possíveis eventos adversos são identificados com a utilização de rastreadores e uma segunda, quando os prontuários selecionados na primeira fase são avaliados para que se confirme se o evento adverso de fato ocorreu ou não. Os rastreadores, ou *trigger tools*, por sua vez, consistem em uma metodologia que identifica termos nos prontuários de saúde, os quais podem ser associados à ocorrência de EA (15).

Para utilizar a ferramenta de revisão retrospectiva de prontuários, o NSP serviu-se de uma Comissão já instituída na organização, a Comissão de Verificação de Prontuários. O objetivo deste comitê é o de avaliar o correto preenchimento dos prontuários dos pacientes, levando-se em consideração itens como

identificação do usuário, anamnese e anotações clínicas. Em novembro de 2017, o NSP propôs à Comissão a introdução de novos itens, relativos à temática de segurança do paciente, no Roteiro de Verificação de Prontuários. A proposta incluía a manutenção do formato do Roteiro, que caracteriza-se pela resposta às questões formuladas dentro do padrão sim, não ou não se aplica. O Quadro I apresenta as nove questões formuladas e incluídas no Roteiro de Verificação de Prontuários.

A Comissão de Verificação de Prontuários reúne-se a cada três meses para avaliar determinado número de registros. Desde a inclusão dos itens relacionados à segurança do paciente, a comissão reuniu-se duas vezes, e não houve encaminhamento de respostas afirmativas ao NSP, no que concerne à seção de segurança do paciente. Ainda é cedo para avaliar a efetividade desta metodologia, adaptada pelo NSP a um processo já existente na organização. Avaliações iniciais, contudo, apontam que pode haver falha na identificação de incidentes em virtude da quantidade de itens que a comissão avalia como um todo em cada prontuário, além da falta de conhecimento, naquele momento, da existência de *trigger tools* da área odontológica.

A partir da publicação do trabalho de CÔRREA e MENDES (15) no final de 2017, o NSP tomou conhecimento da metodologia de uso dos rastreadores. A utilização da metodologia parece ter um efeito positivo no que concerne à identificação de EA. Um estudo realizado em Harvard, por exemplo, aponta que o uso da ferramenta durante um semestre selecionou 315 prontuários, dos quais 50% foram positivos para um ou mais EA. Quando 50 registros foram selecionados de forma aleatória, contudo, apenas 34% foram positivos para um ou mais EA (14).

A proposta da OCM é a de que a metodologia de revisão retrospectiva de prontuários seja alterada, passando a ser responsabilidade dos membros do NSP com o uso dos rastreadores sugeridos por CÔRREA e MENDES (2017) (15). Incluem-se, dentre os rastreadores odontológicos propostos por estes autores: complicações sistêmicas durante ou após o tratamento odontológico; cirurgia de *Caldwell-Luc*/acesso ao seio maxilar; necessidade de retratamento de um mesmo dente ou necessidade de refazer um mesmo procedimento concluído há menos de doze meses.

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE		SIM	NÃO	NÃO DE APLICA
1	Falha no processo de comunicação entre os profissionais			
2	Falha no processo de comunicação com o paciente/acompanhante			
3	Falha na administração de medicamentos (anestésico)			
4	Falha na prescrição de medicamentos			
5	Incidentes ou Eventos Adversos relacionados ao Procedimento Odontológico			
6	O evento atingiu o paciente?			
7	Houve necessidade de monitoramento adicional?			
8	Houve necessidade de tratamento não planejado ou encaminhamento para atendimento hospitalar?			
9	Evento atingiu paciente com séria ameaça à vida ou morte?			

Quadro 1 - Seção relativa à Segurança do Paciente no Roteiro de Verificação de Prontuários.

## 5. Indicadores

Nos últimos anos, o campo da segurança do paciente evoluiu consideravelmente em termos conceituais. Apesar disso, não se nota a mesma evolução no que concerne às estratégias e ferramentas para sua mensuração e monitoramento. Os indicadores de desempenho, no entanto, utilizados para este fim, são extremamente relevantes para identificar problemas, comparar resultados de instituições e controlar o efeito de eventuais intervenções (16). Nesse sentido, de acordo com a Fundação Nacional da Qualidade, os indicadores expressam o desempenho de um processo, em termos de eficiência, eficácia ou nível de satisfação. Além disso, permitem o acompanhamento da evolução dos processos ao longo do tempo e sua comparação com outras organizações (17). Indicadores de segurança do paciente devem ser válidos, confiáveis e apropriados para identificar riscos, orientar a tomada de decisão e medir o alcance e a manutenção das melhorias propostas (16).

A construção de indicadores foi um grande desafio no processo de implementação de práticas de segurança do paciente na OCM. Foram propostos alguns indicadores na redação do PSP em 2015, os quais estão compilados no Quadro 2. Surgiram, contudo, diversos obstáculos nas fases posteriores, de efetiva implementação das medições e coleta de dados.

Com relação ao indicador de lavagem das mãos, por exemplo, ele propunha investigar a quantidade de sabonete líquido consumido pela organização ao mês. À época da publicação do PSP, contudo, o sabonete líquido utilizado pela OCM era provido por empresa terceirizada de Limpeza e Conservação, o que dificultou a disponibilização de dados acerca de seu consumo.

Dados os desafios de medição do quantitativo de sabonete líquido utilizado na organização, o NSP optou por avaliar os dados coletados pela Comissão de Biossegurança, que, a cada três

<b>NOME DO INDICADOR</b>	<b>OBJETIVO DO INDICADOR</b>	<b>FÓRMULA DO INDICADOR</b>	<b>PERIODICIDADE MÍNIMA DE VERIFICAÇÃO</b>
Taxa de reações adversas aos medicamentos	Monitorar a ocorrência de efeitos adversos no uso dos medicamentos	$n^{\circ}$ reações adversas ocorridas em pacientes $\times$ 100/ $n^{\circ}$ total de medicamentos administrados	Mensal
Taxa de eventos adversos relacionados aos procedimentos odontológicos (identificar que tipo de evento)	Monitorar a ocorrência de efeitos adversos ocorridos em procedimentos	$n^{\circ}$ eventos adversos ocorridos em pacientes por especialidade $\times$ 100/ $n^{\circ}$ total de procedimentos realizados.	Mensal
Consumo de sabonete	Monitorar o consumo de sabonete líquido (adesão ao protocolo de higienização das mãos)	Volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes/dia.	Mensal
Índice de quedas	Acompanhar a ocorrência de quedas de pacientes, com ou sem dano, no interior da OCM	$n^{\circ}$ de eventos $\times$ 100/ $n^{\circ}$ de pacientes no período Semestral	Semestral

**Quadro 2** - Indicadores de Segurança do Paciente da OCM propostos pelo PSP.

meses, realiza observação direta nas Clínicas e Serviços utilizando-se de um *checklist* de biossegurança. Segundo informações do Ministério da Saúde, esta metodologia de observação direta é a mais utilizada para averiguar a aderência ao protocolo de higiene das mãos (18). Apesar de a amostra de observações feitas pela Comissão ser considerada mínima em relação ao quantitativo de atendimentos realizados pela OCM ao mês, ela já é um indicativo de que os protocolos de higiene das mãos têm sido aplicados, de forma majoritária, no interior da instituição. Nesse sentido, e para incentivar o comportamento de seus funcionários, a OCM utilizou duas abordagens: a sinalização com cartazes, que evidenciam a importância da lavagem das mãos, e a capacitação periódica. Atualmente, o sabonete líquido utilizado no interior da OCM é disponibilizado pela sua Divisão de Material, o que facilitará a coleta de dados para construção do indicador de consumo. Os desafios futuros quanto à higienização das mãos, portanto, residem na efetiva coleta de dados de consumo

de sabonete líquido, e na implementação de uma meta de adesão à higiene das mãos, para os dados provenientes da observação direta realizada pela Comissão de Biossegurança.

Daqueles indicadores propostos pelo PSP, apresentados no Quadro 2, apenas o índice de quedas foi efetivamente implementado na OCM. As taxas de reações adversas aos medicamentos e de eventos adversos relacionados aos procedimentos odontológicos não foram acompanhadas, visto que a ferramenta de notificação de incidentes e EA não foi amplamente utilizada pelos profissionais. A introdução de uma nova metodologia para a revisão retrospectiva de prontuários é uma das propostas do NSP que possibilitará a mensuração e o acompanhamento destes índices.

Outros três indicadores também foram acompanhados, apesar de não estarem no Plano de Segurança: o indicador de higiene das mãos coletado por observação direta, já comentado, o índice de infecções e o número de notificações de incidentes realizados por semestre. As metas

futuras relativas ao trabalho do NSP incluem revisar os indicadores propostos pelo PSP e efetivamente implementar a coleta e avaliação de dados daqueles considerados válidos, confiáveis e apropriados.

## 6. Introdução de um Checklist de Cirurgia Oral Segura

Na temática de segurança do paciente, a realização de cirurgias em sítio trocado é classificada como um *never event*, ou um incidente grave, que não deveria ocorrer caso medidas preventivas fossem implementadas pelos profissionais ou instituições de saúde. Em Odontologia, a exodontia de dentes trocados retrata o exemplo mais notório de *never event*, e alguns fatores de risco podem contribuir para a ocorrência deste tipo de incidente. SAKSENA et al em 2014 (19) listaram alguns destes fatores: identificação incorreta do paciente, pressão de tempo devido a cirurgias de emergência não agendadas previamente; notação dentária pouco clara, a falta de um molar resultando em ambiguidade da nomenclatura para os dentes remanescentes no mesmo quadrante, confusão e erros de comunicação entre os profissionais.

No âmbito da OCM, três especialidades realizam procedimentos cirúrgicos: CTBMF, Implantodontia e Periodontia. Estas três clínicas atendem, em média, 2.991 pacientes por mês, sendo aproximadamente 375 exodontias de elementos dentários realizadas mensalmente. Desde a criação do NSP na organização, nunca houve uma notificação de cirurgia realizada em sítio errado; contudo, 85% das notificações de incidentes realizadas até o momento foram pelas clínicas cirúrgicas, sendo 57% delas apenas pela CTBMF. Este fato provavelmente se explica por dois motivos: primeiro, pela experiência destes especialistas no trabalho em hospitais, e sua consequente familiarização com os conceitos de segurança do paciente; e segundo, pela maior facilidade de se enquadrar alguns incidentes da área cirúrgica nos conceitos de EA ou eventos notificáveis.

Desde 2004, *checklists* de cirurgia segura têm sido elaborados e implementados, especialmente por profissionais que exercem a Odontologia em ambiente hospitalar. A maioria deles apresenta características semelhantes às daquelas do *Checklist de Cirurgia Segura da OMS*, elaborado em 2008.

Basicamente, a utilização destes *checklists* tem o propósito de contribuir para a segurança do paciente, ao reduzir a incidência de cirurgias realizadas em sítios trocados.

Nesse sentido, BAILEY et al em 2015 (2) apontaram dois estudos que avaliaram a utilização de *checklists*, ambos apresentando uma diminuição da realização de exodontias de dentes trocados após a introdução da ferramenta. Na experiência de SAKSENA et al (2104) (19), contudo, a mera introdução de um *checklist* não preveniu a ocorrência de cirurgias no sítio trocado. Foram necessárias outras medidas como a padronização de processos, conferências cruzadas, compartilhamento de lições aprendidas, revisão de processos, educação e empoderamento das equipes e mensuração da comunicação efetiva. Nos 30 meses após a implantação de todo este protocolo de cirurgia oral segura na Universidade de Manchester, não ocorreram mais casos de exodontia do elemento errado.

Um fenômeno que aumenta o risco de ocorrência de cirurgias em sítio trocado é o fato de o cirurgião ser diferente daquele profissional que planeja e indica o procedimento cirúrgico (19). Na OCM, este é um evento comum, ocorrendo na maioria dos casos. Por esta razão, e para prevenir a ocorrência de cirurgias em sítio trocado, a OCM decidiu instituir um *checklist* de cirurgia segura, a ser implementado nas três clínicas que realizam procedimentos cirúrgicos. A elaboração deste *checklist*, adaptado à realidade da organização, ainda está em andamento. A intenção é envolver as clínicas cirúrgicas neste processo, para que o *checklist* seja conciso, mas contenha todos os itens considerados importantes para prevenir a ocorrência de erros nos procedimentos cirúrgicos realizados. Pretende-se utilizar, como referencial, o *checklist* de cirurgia segura da OMS e as adaptações feitas pela equipe da Universidade de Manchester para a área odontológica (19).

## 7. Lições Aprendidas

Em quase quatro anos de trabalho, o Núcleo de Segurança do Paciente da OCM enfrentou diversos desafios, a começar pela escassa literatura disponível acerca da segurança do paciente em Odontologia, com a necessidade de adaptações, à realidade da organização, de práticas e de conceitos da área médica. À despeito deste fato, a OCM pode ser considerada pioneira

na implantação de práticas de segurança do paciente em Odontologia, tendo sido a primeira organização da área odontológica do estado do Rio de Janeiro a se cadastrar no NOTIVISA, o sistema informatizado desenvolvido pela ANVISA para receber notificações de incidentes, eventos

adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária. Nesse sentido, alguns pontos positivos e pontos negativos da experiência da organização até o momento podem ser resumidas, e estão apresentadas no Quadro 3.

<b>PONTOS POSITIVOS</b>	<b>PONTOS NEGATIVOS</b>
Estabelecimento do PSP <sup>1</sup> , elaboração de POPs <sup>2</sup> e de uma lista preliminar de Eventos Adversos em Odontologia, utilizando-se de comparações estabelecidas com as práticas da área médica (mesmo com a escassa literatura publicada à época relacionada à área odontológica).	Falhas no processo de educação e divulgação do trabalho do NSP <sup>3</sup> e da cultura de segurança, aferidos principalmente pela mínima notificação de incidentes em comparação com o número de atendimentos realizados na OM <sup>4</sup> ao mês.
Acompanhamento de indicadores não estabelecidos inicialmente no PSP, a exemplo do índice de infecções.	Sistema de indicadores estabelecido pelo PSP não foi totalmente implementado, dadas as dificuldades encontradas nas fases de coleta e mensuração de dados.
Adequada gestão do conhecimento acerca do tema de segurança do paciente em Odontologia, com a publicação do PSP, de POPs, relatórios de incidentes e do treinamento de diversos profissionais incluídos na comissão de segurança do paciente, os quais são considerados multiplicadores do conhecimento sobre o tema.	Rotatividade de pessoal que compõe o NSP, com a conseqüente necessidade de treinamento inicial dos novos componentes e a necessidade de tempo para sua formação, o que ocasiona fragmentações do trabalho da comissão.

**Quadro 3** - Pontos Positivos e Negativos da Experiência de Implementação de Práticas de Segurança do Paciente na OCM.

## Conclusão

A Odontoclínica Central da Marinha investe na promoção de uma assistência segura e de qualidade, e apesar de já ter avançado no campo da segurança do paciente, ainda necessita de intervenções para a melhoria da qualidade do cuidado oferecido ao paciente.

Na experiência de introdução de práticas de segurança do paciente, o estabelecimento de parcerias entre o Núcleo de Segurança e as diversas comissões que atuam na OCM mostrou-

<sup>1</sup>Plano de Segurança do Paciente.

<sup>2</sup>Procedimentos Operacionais Padrão.

<sup>3</sup>Núcleo de Segurança do Paciente.

<sup>4</sup>Organização Militar.

se essencial para o aprimoramento do trabalho.

Os desafios, contudo, são evidentes, e incluem o fortalecimento de uma cultura de segurança na instituição; a inclusão de protocolos e procedimentos padronizados nos processos de trabalho; a efetiva mensuração e aplicação dos indicadores de desempenho e o desenvolvimento de uma interação colaborativa entre os setores para o estabelecimento de ações voltadas para a gestão de riscos. Enfatiza-se que, para o sucesso deste trabalho, verifica-se a necessidade de envolvimento das lideranças; dos profissionais que prestam o atendimento odontológico; além das demais categorias profissionais atuantes na instituição.

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

**Autora de correspondência:** Edvania Santana de Carvalho, Odontoclínica Central da Marinha, Primeiro Distrito Naval, Praça Barão de Ladário, 1, Centro, CEP: 20091-000. Email: carvalhoedvania@yahoo.com.br

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Organização Mundial da Saúde. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Portugal, 2011. Edição original em inglês: World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. Genebra, 2009 [Acesso em 20 abril de 2018]. Disponível em: <https://proqualis.net/relatorio/estrutura-conceitual-da-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente>.
- 2 - Bailey E, Tickle M, Campbell S, O'Malley, L. Systematic review of patient safety interventions in dentistry. *BMC Oral Health*. 2015; 15:152.
- 3 - Maramaldi P, Walji M F, White J, Etoulu J, Kahn M, Varderhobli R, et al. How Dental Teams Members describe Adverse Events. *J Am Dent Assoc*. 2016; 147(10): 803-811.
- 4 - Kalenderian E, Obadan E, Maramaldi P, Etoulu J, Yansane A, Stewart D, et al. Classifying Adverse Events in Dental Office. *J Patient Saf*. 2017; Jun 30.
- 5 - Anvisa: RDC N° 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. [Acesso em 11 abril de 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancado-paciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>.
- 6 - \_\_\_\_\_: RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 2013; 143: 33-34.
- 7 - \_\_\_\_\_: 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. 2016.

8 - Santos ACRB, Carvalho AA, Heiko FCS, Santana T, Siqueira HN, Pini LRQ, et al. 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. 2014.

9 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.377 de 09 de julho de 2013. Aprova os protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 2013; jul 10, seção 1:47.

10 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os protocolos básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF). 2013; set 25, seção 1:113.

11 - Fundação Nacional da Qualidade. A importância do benchmarking para as organizações [Acesso em 11 abril de 2018]. Disponível em: <http://fnq.org.br/informe-se/noticias/a-importancia-do-benchmarking-para-as-organizacoes>.

12 - Silva ACMR, Loures PV, Paula KX de, Santos NAR dos, Perigolo R. A importância do Núcleo de Segurança do Paciente – Um guia para implementação nos hospitais. *Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde*. 2017; 7(1).

13 - Rigon AG, Neves ET. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? [Acesso em maio de 2018] Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072011000400022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072011000400022).

14 - Marchon SG, Mendes Junior WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2014; set 30(9): 1-21.

15 - Correa, CDTSO, Mendes WV. Proposta de um instrumento para avaliar eventos adversos em odontologia. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(11).

16 - Gama ZAS, Saturno-Hernandez PJ, Ribeiro, DNC, Freitas MR, Medeiros PJ, Batista AM, et al. Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. *Cad. Saude Publica*. 2016; 32 (9).

17 - Fundação Nacional da Qualidade. Sistema de Indicadores. [Acesso em abril de 2018]. Disponível em: <http://www.fnq.org.br/informe-se/publicacoes/e-books>.

18 - Ministério da Saúde/ ANVISA/ FIOCRUZ. Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde/ Programa de Segurança do paciente/ Ministério da Saúde; Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE). [Acesso em abril de 2018]. Disponível em: <https://proqualis.net/indicadores/consumo-de-sabonete-monitoramento-do-volume-de-sabonete-1%C3%ADquido-associado-ou-n%C3%A3o>.

19 - Saksena A, Pemberton MN, Shaw A, Dickson S, Ashley MP. Preventing wrong tooth extraction: experience in development and implementation of an outpatient safety checklist. *Br Dent J*. 2014; 217 (7):357-62.