CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO PARA PROMOÇÃO DO CUIDADO SEGURO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fernanda Pereira de Sousa [1], Pedro Holanda de Souza Neto [2], Patrícia Freire de Vasconcelos [3]

RESUMO

Um serviço de qualidade é essencialmente importante para a oferta de um cuidado à saúde livre de riscos e com maior resolubilidade em todos os pontos de atenção. Nesse contexto, a elaboração de estratégias como Planos de Ação, com vistas à Segurança do Paciente e uma gestão efetiva, torna-se necessária para a consolidação de um serviço de qualidade. Assim sendo, o presente estudo almeja elaborar um plano de ação para promoção do cuidado seguro na Atenção Primária à Saúde. O projeto é divido em oito fases as quais referem as etapas do Método de Análise e Solução de Problemas – MASP. O presente trabalho traz os resultados até a terceira etapa do projeto onde observou-se a melhora da comunicação tanto entre a equipe de saúde quanto com os pacientes, sendo este, um dos principais problemas descrito na fase 1 do projeto. Ao fim da presente ação de extensão, espera-se que a mesma contribua para melhoria da qualidade dos serviços ofertados pelas UBS do município de Acarape.

Palavras-chave:

Plano de Ação. Promoção do Cuidado. Atenção Primária à Saúde.

[1] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, Instituto de Ciências da Saúde, Discente, e-mail: fernanda.psousa24@gmail.com
[2] Universidade da Integração Internacional da Lusofonia , Instituto de Ciências da Saúde, Discente, e-mail: pedrohsn2016@gmail.com
[3] Universidade da Integração da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, Instituto de Ciências da Saúde, Docente, e-mail: patriciafreire@unilab.edu.br

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) como ponto de atenção que organiza o sistema de saúde tem entre seus atributos o papel de coordenação das redes de atenção (MENDES et al, 2009). Dito isto, um serviço de qualidade é essencialmente importante para a oferta de um cuidado à saúde livre de riscos e com maior resolubilidade em todos os níveis de atenção.

Dentro desse contexto, a temática Segurança do Paciente ganha destaque à medida que se tornou um componente fundamental da qualidade de serviços e vem sendo discutida pelos gestores de prestadores de serviços de saúde, entidades de classe e órgãos governamentais (TOSO, 2016).

Contudo, apesar da ampla divulgação do tema no âmbito hospitalar, sabe-se da existência de lacunas no que diz respeito à temática na APS (OMS, 2012). Pouco se sabe, por exemplo, do quantitativo dos eventos adversos e tão pouco da incidência de riscos associados para a sua ocorrência, já que existe uma falsa percepção que na APS o usuário está menos susceptível a práticas não seguras. Por outro lado, apesar desses incidentes não apresentarem consequências drásticas, os seus efeitos são em maior magnitude, por serem erros repetitivos e expor um maior número de pessoas (RUNCIMAN, EDMONDS, PRADHAN, 2002).

Nesse contexto, a elaboração de estratégias como Planos de Ação, com vistas à Segurança do Paciente e uma gestão efetiva, torna-se necessária para a consolidação de um serviço de qualidade.

Dentre as ferramentas de gestão de qualidade, existe o Método de Análise e Resolução de Problemas – MASP. Esse método é uma ferramenta gerencial com objetivo de facilitar a observação de problemas e contribuir para a tomada de decisões, por meio da aplicação de Planos de Ações. (MEIRELES, 2014). A aplicação do MASP na gestão de qualidade torna-se fundamental para a análise de problemas a fim de propor, planejar e implantar soluções eficientes e eficazes para equacionar e resolver problemas.

Dessa forma, o presente projeto propõe a elaboração de um plano de ação direcionada pela utilização das ferramentas MASP, para promoção do cuidado seguro na atenção primária à saúde com base nos problemas encontrados durantes as etapas desse estudo.

METODOLOGIA

Consistiu na realização de uma entrevista junto a todos os gestores, trabalhadores de saúde e alguns usuários do serviço representadas pelo Conselho Local de Saúde das UBS de Acarape para a identificação de problemas relacionados à Segurança do Paciente. Quanto aos usuários do serviço, o fechamento da amostra intencional foi feito tecnicamente por saturação teórica, interrompendo-se a captação de novos participantes quando os dados obtidos foram julgados suficientes para sustentar empiricamente o desenvolvimento de novas reflexões sobre o tema (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008). Para que essa primeira fase ocorresse, foi utilizada como ferramenta uma entrevista semiestruturada composta por perguntas abertas e fechadas. Também foi analisado o histórico de possíveis problemas por meio da coleta de informações. Em seguida, os dados foram tabulados mediante a utilização do software Microsoft Excel para que se ter uma visão ampla das respostas. Frisa-se que os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assinaram, formalizando o desejo de participar, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados. 2ª FASE A segunda fase ocorreu entre os dia 30 de agosto e 17 de setembro de 2018 e consistiu na observação dos problemas elencados na fase anterior para entender como os mesmos ocorrem. O problema mais citado na primeira fase foi a falha de comunicação entre os profissionais, porém, buscou-se observar outros fatores como: comunicação efetiva incluindo a comunicação entre profissional e paciente, existência de insumos e medicamentos na unidade, recursos humanos e abordagem dos profissionais durante o atendimento médico e de enfermagem. Nesse trabalho, serão abordados apenas os eixos relacionados à comunicação. A partir desses dados, foi elaborado um check-list norteador com as questões a serem analisadas com o intuito de coletar os dados relacionados aos problemas anteriormente citados. A coleta se deu em forma de observação não participativa do pesquisador e consulta aos usuários que responderam a algumas perguntas contidas no check-list. Os dados foram tabulados em banco de dados, utilizando o Microsoft Office Excel. Devido a algumas limitações, como por exemplo, entrar na sala de consulta devido a questões éticas, algumas questões foram respondidas pelo

paciente, outras foram observados pelo pesquisador de forma não participativa, ou seja, o pesquisador não interfere no processo. Cada setor observado será chamado de eixo, então, os eixos observados foram: Recepção (todos os itens), a primeira questão do eixo Farmácia, sala de procedimento e sala de vacinas, logo, os demais foram eixos respondidos pelos usuários. 3ª FASE A terceira parte foi a etapa onde ocorreu a análise dos dados obtidos com a observação, a partir da tabulação dos resultados. Nessa etapa, os gestores, trabalhadores e representantes do Conselho Local de Saúde serão convidados a discutirem as evidências encontradas na fase anterior para buscarem em conjunto as possíveis causas. Porém essa etapa da fase três ainda será executada pelos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após tabulação de dados coletados a partir do check-list elaborado pelos pesquisadores, têm-se os resultados a seguir: Quanto a comunicação entre os profissionais do eixo recepção, os pacientes mostraram-se satisfeitos com a comunicação, uma vez que 92,6% dos usuários ouvidos relataram que esses profissionais respondem suas dúvidas e os encaminham a outros profissionais, se necessário. O fator comunicação é citado em diferentes estudos como fator chave para a qualidade dos serviços de saúde, de modo que falhas na comunicação podem ser crucias para que ocorram erros relacionados ao cuidado prestado ao paciente (SILVA, 2017). Desse modo, a comunicação efetiva é ponto crucial para a melhoria da qualidade dos serviços, sendo um desafio para a segurança do paciente.

No eixo consultas, 92,6% dos usuários, relataram entender as informações repassadas durante as consultas (médicas e de enfermagem) e 62,96% dos pacientes dizem entender o que está contido na receita, os demais pacientes que relataram não entender, são na grande maioria das vezes pacientes idosos, sendo possível sugerir que seja elaborada uma intervenção personalizada para esse público por parte dos profissionais de saúde, devido inclusive às suas limitações fisiológicas de compreensão.

No eixo farmácia, a primeira pergunta foi analisada através de observação não participativa. Observou-se que de todas as receitas que chegavam até o farmacêutico, 100% delas eram compreendidas pelo mesmo.

Sobre a orientação do profissional farmacêutico 88,89% dos pacientes relataram que o profissional faz orientações sobre o uso correto dos medicamentos prescritos e 66,67% destes, estavam disponíveis na farmácia durante a pesquisa.

Quanto ao eixo sala de procedimentos, a observação da primeira pergunta ocorreu de forma não participativa, e verificou-se que dos pacientes atendidos durante a pesquisa, 74,04% foram explicados sobre o procedimento que iria ser realizado pelo profissional, 96,29% dos pacientes consideram que existe comunicação entre os profissionais que realizam procedimento (técnico e enfermeiro), porém 74,04% dos pacientes não foram orientados quanto aos cuidados domiciliares. Este último vai de desencontro ao que diz a teoria do autocuidado de Dorothea Orem que diz que o profissional de enfermagem deve desenvolver o potencial dos indivíduos para o autocuidado para que assim, este possa ter mais independência da assistência de enfermagem (REMOR, 1986).

Para o eixo sala de vacina, observou-se que o profissional explicou o procedimento a todos os usuários que estiveram no setor durante a observação e orientou sobre as possíveis reações adversas ou ausência delas a 96,29% dos usuários, demonstrando boa comunicação profissional x paciente.

CONCLUSÕES

A observação da comunicação entre profissional x profissional e profissional x paciente foi uma etapa de suma importância para a detecção de fatores que influenciam positiva ou negativamente na segurança do paciente. A partir dessa perspectiva é possível concentrar os esforços ao foco dos problemas.

Durante essa fase do projeto verificou-se que os profissionais estão mais comunicativos entre sim e mais atentos a explicar ao paciente os procedimentos aos quais estes serão submetidos, essa relação melhora o ambiente para ambos favorecendo o clima de segurança.

Dessa forma podemos entender que os pontos considerados como negativos na fase 1 que foi a comunicação tem sido um desafio superado pelos profissionais dessa unidade, e que podemos então dizer que o que pode

ser melhorado é a orientação dos profissionais quanto aos cuidados domiciliares que o paciente deve ter consigo, garantindo a autonomia deste e a garantia da continuação do cuidado prestado pela assistência de enfermagem, promovendo autonomia aos pacientes.
Outra sugestão é a personalização das receitas de pacientes idosos, pois observou-se que alguns pacientes atendidos saiam das consultas sem compreender a prescrição. Mesmo que o farmacêutico explique ao paciente novamente a receita, esse fator poderá ser inclusive, um risco para a segurança do paciente.
A próxima etapa da fase três será a discussão desses resultados com os profissionais envolvidos para fortalecer ainda mais as conquistas e superar as dificuldades e então o projeto dará sequência às fases seguintes.
O Estudo tem algumas limitações como: dificuldade de articular reuniões devido a baixa disponibilidade dos profissionais e dificuldade de comunicação com a gestão, dificuldade em localizar os conselheiros de saúde do município e a transição entre bolsista com o projeto em andamento. Dificuldades essas que vem sendo superadas pela equipe de alunos e coordenadores.

AGRADECIMENTOS

Aos gestores, funcionários e pacientes da Unidade Básica de Saúde de Acarape
À orientadora Patrícia Freire
Às professoras Edmara Chaves e Vanessa Emilly
Ao grupo GPExQS

REFERÊNCIAS

DA SILVA, APF.; RIBEIRO, AC.; SACCOL, AL.; COLOMÉ, JS. Segurança do paciente na atenção básica em saúde. Disciplinarum Scientia, v.18, n. 3, p. 563-73, 2017.
MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.549, 2012.

MEIRELES, TO.; SILVA, KT.; SÁ, LLF. A importância da adoção do Método de Análise e Solução de Problemas (MASP) utilizando o ciclo PDCA na gestão em serviços de saúde. Boletim Informativo, Teresina, v. 5, n. 3, p. 12-22, jul/set 2014.

OMS. World Health Organization. Summary of Inaugural Meeting of Safer Primary Care Expert Working Group. Safer Primary Care: A Global Challenge. Geneva; 2012.

PAESE, F.; SASSO, GTM. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.22, n. 2, p. 302-10, 2013.

PIECHNICKI, AS.; KOVALESKI, JL. Roteiro de Aplicação do Masp: um Estudo de Caso na Indústria Madeireira. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, v. 8, 2011. Resende. Anais... Resende: SEGET, 2011.

REMOR. A. et al. A teoria do autocuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. Rev. Bras. Enf. Brasí1ia, 39(2/3): 6-11, abr./set. 1986.

RUNCIMAN, W.; EDMONDS, M.; PRADHAN, M. Setting priorities for patient safety. Qual Saf Health Care, v.11, n.3, p. 224–229, 2002.

TOSO GL, et al. Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.37, n.4, p.1-8, 2016.