

Implementação de um sistema de cores como estratégia para segurança do paciente em uma UTI pediátrica: relato de experiência

Implementation of a color system as a strategy for patient safety in a pediatric ICU: experience report

Implementación de un sistema de color como estrategia para la seguridad del paciente en una UCI pediátrica: informe de experiencia

Recebido: 10/09/2021 | Revisado: 19/09/2021 | Aceito: 24/09/2021 | Publicado: 26/09/2021

Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4061-4547>
Instituto Nacional de Câncer, Brasil
E-mail: rolmotta123@gmail.com

Cristineide dos Anjos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4614-3088>
Instituto Nacional de Câncer, Brasil
E-mail: cristineideminuzzi@yahoo.com.br

Amanda Danielle Resende Silva e Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0450-1967>
Instituto Nacional de Câncer, Brasil
E-mail: amanda.eliel@hotmail.com

Samhira Vieira Franco de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6942-6833>
Instituto Nacional de Câncer, Brasil
E-mail: samhirafranco@gmail.com

Patricia Vargas Tavares Rodrigues

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1266-6558>
Instituto Nacional de Câncer, Brasil
E-mail: patriciaenfainca@gmail.com

Gilson Serpa Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2766-841X>
Instituto Nacional de Câncer, Brasil
E-mail: gilson-serpa@hotmail.com

Suely Lopes de Azevedo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1107-3427>
Universidade Federal Fluminense, Brasil
E-mail: sulazrj@gmail.com

Resumo

Objetivo: relatar a experiência da implementação de um sistema de identificação por cores na promoção da segurança do paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica de um hospital federal no Município do Rio de Janeiro. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência, que teve com embasamento as metas 1 e 3 da Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** no processo de implementação as cores foram distribuídas de forma sistemática, onde cada leito ou unidade do paciente recebeu uma cor correspondente, bem como os itens relacionados, tais quais: prontuários, pranchetas, recipientes para armazenamento das medicações, etiquetas de identificação das medicações e frascos para administração em bomba de infusão. Tal sistema foi estendido às medicações de infusão contínua segundo o grau de complexidade (aminas vasoativas, sedoanalgesia, entre outras), assim como na identificação das bombas infusoras, dos equipos e das linhas de infusão de cada droga em curso. **Conclusão:** o método foi executado a fim de contribuir para a promoção da segurança do paciente, uma vez que a utilização das cores estabelece mais um elemento para conferência e, portanto, uma estratégia de “barreira” inserida no processo de identificação, cujo objetivo é minimizar eventos adversos por erro humano, além de aperfeiçoar a prática de identificação já existente na instituição.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Gestão da qualidade; Assistência de enfermagem; Sistema de identificação de pacientes; Evento adverso.

Abstract

Objective: to report the experience of implementing a color identification system to promote patient safety in a Pediatric Oncology Intensive Care Unit of a federal hospital in the city of Rio de Janeiro. **Methodology:** this is a

descriptive research of the experience report type, which was based on the goals 1 and 3 of the World Health Organization. *Results:* in the implementation process, the colors were systematically distributed, where each bed or unit of the The patient received a corresponding color, as well as related items, such as: medical records, clipboards, medication storage containers, medication identification labels and bottles for administration in an infusion pump. This system was extended to continuous infusion medications according to the degree of complexity (vasoactive amines, sedative analgesia, among others), as well as the identification of infusion pumps, equipment and infusion lines for each drug in progress. *Conclusion:* the method was performed in order to contribute to the promotion of patient safety, since the use of colors establishes another element for checking and, therefore, a "barrier" strategy inserted in the identification process, whose objective is to minimize adverse events due to human error, in addition to improving the identification practice that already exists in the institution.

Keywords: Patient safety; Quality management; Nursing care; Patient identification system; Adverse event.

Resumen

Objetivo: reportar la experiencia de implementar un sistema de identificación por colores para promover la seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos de Oncología Pediátrica de un hospital federal de la ciudad de Río de Janeiro. *Metodología:* se trata de una investigación descriptiva del tipo relato de experiencia, la cual se basó en las metas 1 y 3 de la Organización Mundial de la Salud. *Resultados:* en el proceso de implementación, los colores se distribuyeron sistemáticamente, donde cada cama o unidad del paciente recibió un color correspondiente, así como elementos relacionados, tales como: registros médicos, portapapeles, contenedores de almacenamiento de medicamentos, etiquetas de identificación de medicamentos y frascos para la administración en una bomba de infusión. Este sistema se amplió a los medicamentos de infusión continua según el grado de complejidad (aminas vasoactivas, analgesia sedante, entre otros), así como a la identificación de bombas de infusión, equipos y líneas de infusión para cada fármaco en curso. *Conclusión:* el método se realizó con el fin de contribuir a la promoción de la seguridad del paciente, ya que el uso de colores establece un elemento más de control y, por lo tanto, una estrategia de "barrera" insertada en el proceso de identificación, cuyo objetivo es minimizar los eventos adversos debidos al error humano, además de mejorar la práctica de identificación que ya existe en la institución.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Gestión de la calidad; Cuidado de enfermera; Sistema de identificación de pacientes; Acontecimiento adverso.

1. Introdução

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que um em cada dez pacientes possa ser vítima de erros e eventos adversos durante a prestação de assistência à saúde no mundo, e que há necessidade de estabelecer medidas preventivas de modo a reverter esse problema (WHO, 2009).

Diante desse fato, o tema Segurança do Paciente (SP) ganhou evidência nas últimas décadas e tornou-se assunto de destaque na área da saúde. Trata-se de uma das mais importantes metas desejadas pelas instituições de saúde, que visam assegurar uma assistência em saúde de qualidade e livre de erros. Pois é dever dos profissionais de saúde dentro e fora do ambiente hospitalar, proporcionar uma assistência de qualidade ao promover um cuidado eficaz, eficiente e, sobretudo, seguro ao paciente (Brasil, 2017a; Cavalcante et al., 2015).

Nesse contexto, a OMS define como SP a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano evitável associado ao cuidado de saúde. Para tanto, a agência especializada em saúde instituiu diretrizes com o objetivo de incentivar os países a promover estratégias direcionadas à SP. Dentre as estratégias propostas, a OMS em conjunto com a Joint Commission International (JCI) definiram em 2011 seis metas internacionais de SP, que reúnem processos focados em situações de maior risco, são elas: 1) identificação correta do paciente; 2) comunicação efetiva entre os profissionais de saúde; 3) segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 4) cirurgia segura; 5) higiene das mãos para prevenir infecções e 6) redução do risco de quedas e lesões por pressão. Tais metas devem ser adotadas por todos os estabelecimentos de saúde para garantia de uma assistência segura para pacientes e seus acompanhantes (JCI, 2011; WHO, 2009).

No Brasil, a SP segue as recomendações do Ministério da Saúde (MS), que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria GM nº529 de 1º de abril de 2013, que estabelece os protocolos e as metas definidas pela OMS. A finalidade do PNSP é atender, entre outros, à demanda de prevenção de Evento Adverso (EA) nos serviços de saúde, para promoção de uma assistência segura em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional

(Brasil, 2013a).

Assim, seguindo a prerrogativa do MS a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no mesmo ano publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 36 de 25 de julho, que instituiu ações para a SP nos serviços de saúde. Dentre as ações, trouxe a necessidade de criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde, responsáveis pela promoção e apoio às iniciativas voltadas à SP (Brasil, 2013b).

De acordo com Brasil (2014), o papel dos NSP nos serviços de saúde é de complementariedade, uma vez que sua atuação é no sentido de articulação e incentivo às demais instâncias do estabelecimento de saúde responsáveis pela gerência de riscos e ações de qualidade. Compete a ele a elaboração de um plano de SP, cujo objetivo é apontar e descrever estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a execução das etapas de promoção, proteção e mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde. Tais ações devem contemplar da admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (Brasil, 2016).

No âmbito dos estabelecimentos de saúde, nos hospitais é mais evidente o risco associado à assistência em saúde, sobretudo nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que se mostram como um cenário de risco potencial para a ocorrência de EA, em virtude da gravidade dos pacientes, complexidade de intervenções terapêuticas e grande número de dispositivos invasivos e tecnológicos. Em consequência disso tornam-se mais vulneráveis às falhas na assistência (Oliveira, Garcia & Nogueira, 2016; Padilha et al., 2015).

A ANVISA define EA como um incidente relacionado à assistência em saúde, que pode resultar em dano à saúde como patologias, lesão, dor, falecimento, ou algum efeito posterior como incapacidade ou disfunção, que pode ser de origem física, social ou psíquica. Os EA representam um grave problema, especialmente nas UTI, que são unidades críticas destinadas aos pacientes gravemente enfermos, impactando diretamente no aumento do tempo de hospitalização e da morbimortalidade. Assim, a ocorrência desses EA nas instituições hospitalares reflete a distância entre o cuidado real e o ideal, e constitui um dos maiores desafios para a assistência no que tange a SP (Roque, Tonini & Melo, 2016; Brasil, 2013b).

Na atualidade, a SP tornou-se um desafio para a assistência em saúde. Episódios de erros, incidentes ou EA, que podem ser causadores de consequências sérias aos pacientes, estão conduzindo gestores, equipe de enfermagem e demais integrantes da equipe multidisciplinar a traçarem medidas na tentativa de minimizar as situações de riscos potenciais. Logo, se faz necessário conhecer e controlar esses riscos, que são fontes de danos nos ambientes hospitalares (Bizarra, Balbino & Silvino, 2018; Brasil, 2017a).

Ferreira et al., (2021) corroboram quando afirmam que para garantir maior segurança na assistência ao paciente, a rotina de notificações de eventos adversos precisa ser realizada de forma efetiva. Para isto, a educação permanente e o incentivo para a criação de protocolos e ações inovadores são indispensáveis na melhoria dos processos, por meio da utilização de indicadores de qualidade, que são ferramentas importantes para o gerenciamento da assistência e da SP.

Nessa perspectiva, dada a atual discussão mundial sobre SP e da importância de controlar os riscos existentes em um setor crítico, um grupo de profissionais de enfermagem de uma UTI oncopediátrica de um hospital no Rio de Janeiro colocou em prática um plano de ação voltado para a prevenção de EA e controle de riscos ao implementar um sistema de identificação por meio da utilização de cores. Tal sistema tem a finalidade de identificar cada leito da unidade intensiva com uma cor correspondente. Desse modo, a cor estabelecida para o leito é definida como a cor que representa a unidade do paciente. Além disso, a classificação por cores foi estabelecida também para identificação de insumos, equipamentos como Bombas Infusoras (BI) e as respectivas medicações em uso pelo paciente. A implantação desse sistema vai ao encontro do que recomendam as metas internacionais 1 e 3, criadas pela OMS e ratificada no Brasil pelo Ministério da Saúde em 2013.

Assim, o estudo em tela é relevante, pois demonstra que não somente as organizações e instituições em níveis gerenciais podem trazer estratégias de ações para SP. A iniciativa de um pequeno grupo de profissionais de enfermagem

comprometidos no seu modo de perceber, pensar e sentir pode fazer a diferença com a implementação de medidas eficientes para melhoria da qualidade da assistência. Tal atitude teve o intuito de minimizar agravos evitáveis e assim contribuir na promoção de um cuidado seguro e livre de danos à saúde do paciente.

Face ao exposto, o estudo tem como objetivo: relatar a experiência da implantação de um sistema de identificação por cores na promoção da SP em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica (UTIPO) de um hospital federal no Município do Rio de Janeiro.

2. Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo Relato de Experiência (RE). De acordo com Pereira et al., (2018), o método científico parte da observação organizada dos fatos, da realização de experiências, das deduções lógicas e da comprovação científica dos resultados obtidos. Para muitos autores o método científico é a lógica aplicada à ciência. Assim, a sistematização do caminho percorrido pelos autores, diante de sua experiência prática no cenário hospitalar, muito tem a contribuir para incentivar novas estratégias seguras no processo de identificação do paciente em prol da SP.

Destarte, a pesquisa descritiva segundo Prodanov (2013) é aquela quando o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Outrossim, Daltro e Faria (2019) descrevem o RE como um trabalho de linguagem, uma construção que não objetiva propor a última palavra, mas que tem caráter de síntese provisória, aberta à análise e a permanente produção de saberes novos e transversais. Configura-se como uma narrativa que circunscreve experiência, lugar de fala e seu tempo histórico, articulados a um robusto arcabouço teórico, legitimador da experiência enquanto fenômeno científico. Desse modo, a experiência vivenciada deve se apresentar a partir da experiência do autor, gerando novas noções teóricas com capacidade de provocar a emergência de outras problematizações e processos. Ele retrata de forma descritiva o cenário, o texto, os atores e as técnicas utilizadas, em conformidade com o contexto dos envolvidos na experiência.

Para tanto, o cenário da experiência vivenciada foi uma Unidade Terapia Intensiva Pediátrica Oncológica de um hospital federal situado no Município do Rio de Janeiro, que atende crianças e adolescentes de 0 a 19 anos acometidas por câncer. A unidade de cuidado intensivo tem na sua configuração seis leitos, sendo um deles destinado ao isolamento, por ser o único com porta em madeira com visor em vidro, que permite a visualização no interior do mesmo. Os demais leitos são separados por estrutura em drywall e fechamento com cortinas.

A intenção dos profissionais da equipe de enfermagem, autores do estudo, de implementar um sistema de identificação visual com a utilização das cores, se deu com o objetivo de reforçar as medidas direcionadas à promoção da SP já existentes na instituição cenário do estudo. Tal iniciativa teve o intuito de padronizar cada leito com uma cor correspondente classificando-a como a cor que representa o paciente e sua unidade como um todo. Assim como também estabelecer uma padronização para identificação das Bombas de Infusão (BI) e as respectivas soluções administradas ao paciente de forma contínua e intermitente, de acordo com a prescrição médica, de modo a classificá-las conforme o grau de complexidade.

A fundamentação teórica para subsidiar a implementação do protocolo ocorreu por meio de consulta aos documentos oficiais emitidos pelos órgãos de controle como o MS e a ANVISA, que são responsáveis pelas políticas públicas voltadas à assistência à saúde no país. Além disso, foi realizada pelos idealizadores do projeto, uma revisão bibliográfica através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Assim, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: segurança do paciente/patient safety; gestão da qualidade/quality management; assistência de enfermagem/nursing care; sistema de identificação de pacientes/patient identification

systems e evento adverso/adverse reactions, obtidas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), bem como no Medical Subject Headings (MeSH), respectivamente. O cruzamento dos termos foi realizado com auxílio do operador booleano “AND”.

Ademais, as ações realizadas para contextualizar a implementação do projeto teve início em março de 2018. Foram necessárias oito reuniões entre os idealizadores, bem como autores do estudo, a fim de discutir sobre as diretrizes para implantação do protocolo. As atividades foram realizadas a partir de reuniões agendadas pelo grupo, que ocorreram ao longo do primeiro semestre de 2018. Cada reunião teve duração de duas horas, aproximadamente, e por meio delas foram debatidos os principais pontos e definidas as etapas, que foram assim estabelecidas:

- 1) Apresentação do protocolo de identificação por cores a chefia imediata, bem como o cronograma de atividades;
- 2) Determinação das cores dos leitos;
- 3) Determinação das cores representativas das medicações (identificação de BI, equipos e linhas de infusão) de acordo com o grau de complexidade;
- 4) Identificação dos demais insumos relacionados à unidade do paciente (prontuários, pranchetas, placa acrílica de identificação do leito, recipientes para armazenamento das medicações até sua administração), entre outros;
- 5) Definição dos meios e da logística a ser utilizada para início do projeto piloto;
- 6) Implantação do projeto piloto, inicialmente, em apenas um leito da UTIPO;
- 7) Treinamento e capacitação de todos os integrantes da equipe de enfermagem envolvidos no processo, considerada a etapa mais importante, uma vez que a adesão de todos os profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao paciente era de extrema importância para o sucesso do projeto e, por fim;
- 8) Oficialização da implementação do projeto propriamente dito.

As metas internacionais sobre SP criadas pela OMS, em especial as metas 1 e 3, serviram de base para a implantação do protocolo de identificação por cores. A implantação aconteceu inicialmente em apenas um leito da UTIPO no segundo semestre de 2018. A ideia de implantar, primeiramente, em um leito foi um recurso utilizado pelos idealizadores do projeto, para dar tempo até que todos os profissionais da equipe de enfermagem recebessem treinamento. À medida que toda equipe recebia capacitação e era observada a adaptação do grupo ao método, o sistema de identificação por cores foi sendo estendido para os demais leitos da unidade. Do mesmo modo, outros protocolos relacionados à demanda da SP foram sendo revisados, dentre eles: comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional, higienização das mãos, prevenção de quedas e úlceras por pressão.

Cabe ressaltar que os insumos utilizados na implantação do projeto, basicamente materiais de papelaria, tais como: papel cartão colorido; placas acrílicas; canetas hidrográficas de diversas cores; cola; etiquetas adesivas de identificação, fichários, pranchetas, papel contact, entre outros; a maioria desses materiais foi comprada por meios próprios pelos profissionais de enfermagem envolvidos na implantação do projeto; os demais materiais, como impressora, toner, grampeador, furador já eram disponibilizados pela instituição.

Com relação aos aspectos éticos que envolvem as pesquisas e de acordo com o que é preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição e foi registrado sob o parecer de nº 2364957. O projeto teve a sua aprovação em 05/11/2017 (Brasil, 2012).

3. Relato da Experiência e Discussão

No início de 2019, após a criação do projeto, adequação do projeto piloto, treinamento e capacitação de toda equipe assistencial, principalmente os profissionais da equipe de enfermagem, o protocolo de identificação por cores foi totalmente implementado. Vale ressaltar que o protocolo teve adesão total da equipe de enfermagem da UTIPO.

3.1 Descrição da identificação por cores da unidade do paciente

No cenário da pesquisa, cada leito foi identificado com uma cor e, conseqüentemente, o paciente classificado com a cor do leito por ele ocupado. Desse modo, assim como nos leitos, as cores foram implantadas de forma sistemática na identificação dos prontuários, pranchetas de prescrição médica, quadro central de identificação dos pacientes internados, recipientes para armazenamento das medicações pré-administração e nas etiquetas de identificação das medicações regulares (seringas para administração em *bolus* e frascos das medicações que necessitam de administração em bomba de infusão). Os leitos receberam as seguintes cores: lilás, azul, laranja, rosa, verde e amarelo, como mostra o Quadro 1. O método foi executado com o objetivo de contribuir na identificação correta dos pacientes e dessa forma minimizar eventos adversos por erro humano.

Quadro1: Padronização dos leitos por cores.

IDENTIFICAÇÃO DOS LEITOS DA UTIPO POR CORES		
CORES	LEITOS	RELACIONADOS À UNIDADE DO PACIENTE/LEITO
Lilás	500	Prontuários, pranchetas para prescrição médica, placa acrílica de identificação no leito, quadro central de identificação dos pacientes internados, etiquetas de identificação das seringas e frascos de medicação, recipientes para armazenamento das medicações momentos antes do horário da administração.
Azul	501	
Laranja	502	
Rosa	503	
Verde	504	
Amarelo	505	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Como parte do processo de implementação do protocolo de identificação por cores beira leito, foram instaladas três placas acrílicas em cada leito. Essas placas de sinalização são retangulares e uma delas colorida, ou seja, da cor que foi determinada ao leito, contendo nome completo do paciente, número do prontuário e necessidade ou não de aplicação de medidas de precaução (padrão, contato, respiratória, reversa ou protetora). Todas estas identificações são afixadas beira leito nessa placa de acrílico.

Na admissão do paciente, a enfermeira responsável pelo plantão, após alocação e avaliação do paciente providencia a impressão com os dados referidos anteriormente, a fim de proceder à identificação do paciente, assim como do seu leito.

Os modelos de registro para identificação da unidade do paciente ficam disponíveis em uma pasta no computador da UTIPO reservada para este fim. Nessa pasta ficam outros modelos de apontamentos destinados à identificação do paciente, que também são afixados nas duas outras placas de acrílico existentes no leito, tais como: folha de parada cardiorrespiratória (PCR), registro da data da intubação e do posicionamento do tubo orotraqueal (TOT), além de outros instrumentos como folha de passagem de plantão, folhas para controle de infusões como imunoglobulina e insulina, utilizadas para registro da equipe de enfermagem no dia a dia de um ambiente de terapia intensiva.

Tais arquivos podem ser acessados por todos os enfermeiros do setor. Os demais documentos e impressos relacionados ao prontuário do paciente são colocados em um fichário. As pranchetas são destinadas à colocação da prescrição médica e da folha do balanço hídrico, para acompanhamento e registro pela equipe de enfermagem. Todos esses itens (fichário e prancheta) são identificados com a cor do leito ocupado pelo paciente.

A ideia de padronizar os leitos ao classificar cada um com uma cor correspondente vai ao encontro do que preconiza a meta 1 (identificação correta) da OMS sobre SP. Na instituição já é estabelecido o uso de pulseiras para identificação do paciente, contudo a intenção dos autores da pesquisa em acrescentar a essa identificação uma classificação por cores, teve o intuito de atribuir mais um item a ser conferido ou mais uma barreira a ser ultrapassada pela equipe responsável pela assistência ao paciente.

A primeira meta internacional de segurança do paciente criada pela OMS e validada pela Portaria nº529 de 2013 do MS, consiste na identificação segura e correta dos pacientes. Com relação a meta 1, a OMS sugere que os estabelecimentos de saúde criem métodos e coloquem em prática programas e protocolos a fim de atribuir responsabilidade aos profissionais de saúde, acerca da importância da identificação correta e segura do paciente. Esse procedimento não exclui a participação ativa dos pacientes, familiares e acompanhantes nessa troca de informações (Brasil, 2013; WHO, 2009).

Estudos mostram a importância do método de identificação do paciente para garantia de um processo assistencial seguro. Tal ação é diretriz para correta execução das diversas etapas relacionadas à SP nas instituições de saúde. O processo de identificação do paciente deve ser capaz de identificar corretamente o indivíduo como sendo a pessoa para qual o serviço se destina, ou seja, o atendimento correto para a pessoa correta. Deve acontecer em qualquer situação, mesmo naquelas em que não é possível o paciente responder por si mesmo, situação muito comum nas UTI em que a maioria está sedada e, portanto, inconsciente (Tase et al., 2013; JCI, 2011; WHO 2009).

Assim, identificar de forma correta o paciente é de extrema importância. Ademais, a atribuição de uma cor confere mais um item para conferência, com a finalidade de evitar erros ou danos causados por possíveis procedimentos errados. Afinal, é de fundamental importância confirmar a identidade do paciente antes de qualquer procedimento, seja na assistência direta, na realização de exames, procedimentos, cirurgias, entre outros em todas as fases do tratamento.

3.2 Identificação por cores dos insumos, equipamentos e medicações segundo grau de complexidade

Segundo a OMS, a questão da SP está diretamente relacionada à qualidade da assistência nos serviços de saúde e tem sido referida de forma abrangente por prestadores de serviços de saúde, entidades de classe e órgãos governamentais em virtude da relevância do tema, a fim de ser colocada em prática nas instituições de saúde brasileiras (WHO, 2009).

Nessa perspectiva, os idealizadores e autores da pesquisa decidiram estender o método de identificação por cores às medicações em uso do paciente, a fim de diferenciar medicamentos de infusão contínua segundo o seu grau de complexidade. Cabe destacar, que as cores determinadas para as medicações seguindo o critério da complexidade, são utilizadas para identificar as BI, os equipos e as linhas de infusão de cada droga em curso.

Desse modo, a padronização ocorreu da seguinte maneira: a cor vermelha foi destinada às drogas vasoativas (noradrenalina, adrenalina, dobutamina, milrinona, vasopressina, nitroprussiato sódico, nitroglicerina, entre outras). As medicações destinadas a sedoanalgesia (midazolam, fentanil, morfina, precedex, cetamina, propofol, entre outras) receberam a cor azul. Para as infusões como Hidratação Venosa (HV) e medicações regulares, tanto aquelas que necessitam de BI, como para aquelas administradas em *bolus* foi dada a cor verde. E por fim, receberam a cor amarela (insulina, furosemida, nutrição parenteral, reposição de eletrólitos, imunoglobulina, entre outros), que são infusões administradas de forma contínua, de acordo com a necessidade evidenciada pelo quadro clínico do paciente e constatada por meio de exames laboratoriais, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2: Padronização de cores e grau de complexidade.

IDENTIFICAÇÃO DAS MEDICAÇÕES DE ACORDO COM GRAU DE COMPLEXIDADE			
MEDICAÇÕES DE USO NO SERVIÇO, BOMBAS INFUSORAS E LINHAS DE INFUSÃO			
VERMELHA (Droga vasoativa)	AZUL (Sedoanalgesia)	VERDE (HV e medicação regular em bolus ou em BI)	AMARELA (Infusão contínua em BI de acordo com a necessidade)
Noradrenalina	Midazolam	HV	Insulina
Adrenalina	Fentanil	Antibióticos	Furosemida
Dobutamina	Morfina	Antifúngicos	Nutrição Parenteral
Milrinona	Precedex	Analgésicos opioides	Reposição de eletrólitos
Vasopressina	Cetamina	Entre outros de uso regular	Imunoglobulina
Nitroprussiato sódico	Propofol		Salbutamol
Nitroglicerina	Bloqueadores neuromusculares		Octreotida
Entre outros	Entre outros		Entre outros

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

A iniciativa dos idealizadores do sistema de padronização por cores de estender o uso das cores para as medicações de uso contínuo (drippings), teve como embasamento a meta 3 (segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos) da OMS, uma vez que erros no procedimento ou no ato de medicar podem ocorrer em qualquer etapa do processo. O ato de classificar com uma cor correspondente cada grupo medicamentoso, de acordo com o grau de complexidade, permite que a equipe assistencial por meio de um panorama visual consiga especificar todas as medicações em uso pelo paciente, de modo quase que imediato. Além disso, as cores possibilitam a separação das medicações nos equipos e nas linhas de infusão de forma mais precisa, evitando assim que por algum lapso outro medicamento de grupo diferente seja conectado à linha de uma amina vasoativa por exemplo.

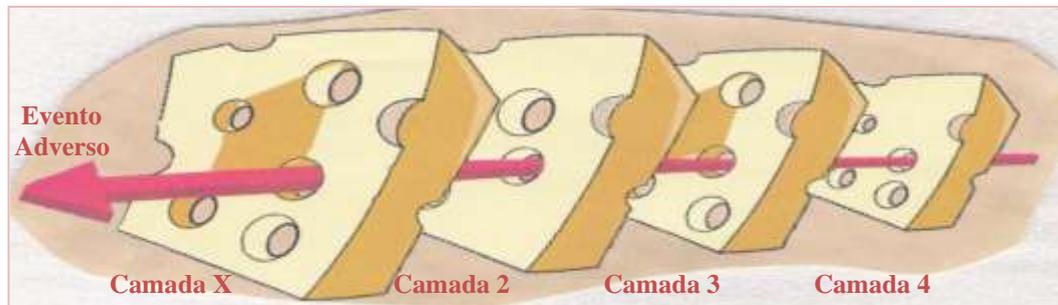
Desse modo, as ações de identificar com cores as BI, os equipos e as linhas de infusão foram implementadas no sentido de garantir a SP e a qualidade na assistência prestada, a fim de minimizar os riscos que envolvem a assistência em saúde, provenientes dos processos de trabalho e os possíveis erros ou falhas em decorrência desses processos, com foco nos evitáveis.

Nesse contexto, a OMS define como falha a execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Para isso, teve como base estudos como o modelo de queijo suíço, proposto pelo psicólogo James Reason da Universidade de Manchester na Inglaterra, para analisar o sistema de falhas. Para o referido autor, a noção de que os erros podem ser ativos ou latentes justifica o modelo de “barreiras” para impedir que o erro chegue ao paciente. Ainda de acordo com o autor, erros ativos são atos inseguros cometidos por quem está em contato direto com o sistema e os erros latentes são atos ou ações evitáveis dentro do sistema, que surgem a partir da gestão. Para tanto, entende-se como exemplo: um erro ativo a troca de medicamento no momento da sua administração e, um erro latente corresponde à falta de medicamento no hospital (Brasil, 2014).

Estudo realizado por Silva e Pinto (2017) mostrou que para uma assistência segura é necessário um planejamento a fim de que sejam definidas as estratégias cujos resultados envolvam diretamente a qualidade da assistência. Para isso, devem ser levados em consideração a implementação de protocolos e metodologias, mapeamento dos riscos provenientes da assistência em saúde, assim como também as barreiras necessárias que impeçam que possíveis falhas assistenciais cheguem ao paciente.

Isto posto o foco principal é tornar a assistência mais segura aumentando o número de barreiras, a fim de impedir o alinhamento dos furos do queijo suíço. Como evidencia a Figura 1, o modelo do queijo suíço mostra que quando não há camadas de queijo (barreiras) para preenchimento dos buracos, eles se comunicam. Logo o vetor, que aparece na figura, representa que o risco não encontrou barreira e alcançou o paciente.

Figura 1: Modelo de queijo suíço de James Reason



Fonte: Brasil (2014.)

As barreiras responsáveis em bloquear o risco ao paciente podem ser representadas por profissionais de saúde treinados e capacitados; uso de protocolos clínicos, check list; normas de higienização das mãos, entre outros. Reason parte do pressuposto que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas. Para o estudioso, errar é humano, mas há mecanismos para evitar o erro e mitigar os EA. Para isso, a finalidade do PNSP é ajudar a informar, a organizar e a articular esses mecanismos, entretanto, precisa encontrar nos estabelecimentos de saúde um ambiente favorável às mudanças necessárias (Santiago & Turrini 2015; Brasil, 2014; Leape, 2009).

Diante disso, com o objetivo de assegurar uma assistência segura ao paciente, a implementação do sistema de identificação por cores na referida UTIPO em consonância com a meta 3 da OMS, só foi possível pela motivação e pelo esforço dos idealizadores e autores do estudo, assim como também o comprometimento da equipe assistencial envolvida, em especial a equipe de enfermagem. A constatação do compromisso e do apoio de toda equipe foram fundamentais para que o processo de implementação se tornasse realidade.

3.3 Protocolos para a segurança do paciente: perspectivas para inovação em saúde

Segundo a OMS, o dano ao paciente devido a eventos adversos, provavelmente, será uma das 10 principais causas de morte e incapacidade no mundo. Aproximadamente dois terços da carga global de eventos adversos resultantes de cuidados inseguros ocorreram em países de baixa e média renda. No Brasil, o MS instituiu desde 2013 o PNSP, que tem como objetivo melhorar a assistência prestada aos usuários em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil. A pasta trabalha para que as ações do programa estejam articuladas às demais políticas de saúde, com objetivo geral de promover a integração e a soma de esforços para melhoria da qualidade dos serviços e segurança dos cuidados no sistema de saúde (Ventura & Perrú, 2019).

O PNSP instituído pela Portaria do MS nº 529 de 1º de abril de 2013 visa prevenir, monitorar e reduzir a incidência de EA relacionados com os cuidados de saúde, promovendo melhorias relacionadas à qualidade do cuidado e à SP. Visando difundir as medidas, o MS lançou na sua página oficial informações sobre tal programa com vários materiais didáticos para consulta, vídeos, legislação, protocolos, além de patrocinar algumas campanhas sobre o tema, dentre outros. As ações fazem parte do compromisso do Brasil, que junto com outros países e a OMS, procura aumentar a conscientização e o engajamento do público e gestores, acerca da importância de medidas que visem à segurança SP e dos trabalhadores de saúde.

Dessa forma, protocolos são definidos pela OMS, elaborados e implantados no Brasil e no mundo, quer visando os desafios globais (prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura), quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente (identificação correta do paciente; medicamentos com nomes e embalagens semelhantes, controle de soluções eletrolíticas concentradas, garantia da medicação correta em transições dos cuidados; comunicação efetiva). Nesse sentido, a motivação da OMS em selecionar esses protocolos se baseou em duas questões principais, o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e dos EA decorrentes da falta deles. Tais protocolos compreendem instrumentos para a construção de práticas assistenciais seguras e são componentes obrigatórios na elaboração dos planos (locais) de SP dos estabelecimentos de saúde, de acordo com a RDC da ANVISA nº 36 de 25 de julho de 2013 (Brasil, 2014).

Nessa perspectiva, estudo de Harada e Pedreira (2016) demonstrou que a SP compreende o resultado do esforço e do comprometimento diário das equipes assistenciais, dos estabelecimentos e serviços de atenção à saúde, tanto os públicos como os privados, de processos e sistemas organizados, que passam por avaliação e aprimoramento de forma contínua quanto à prevenção e redução de danos. Essas ações continuadas reforçam as boas práticas assistenciais, que são recomendadas pelas agências nacionais e internacionais especializadas no assunto em questão, que buscam uma política nacional de segurança no cuidado à saúde (Brasil, 2017b).

Para Ventura e Perrú (2019), o Brasil está demonstrando algum avanço nas políticas públicas para assegurar a SP. Elas citam que recentemente, foram apresentados resultados do projeto “Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil”, realizado pelo MS em parceria com hospitais de excelência, que fazem parte do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). O projeto colaborativo atua na redução de danos evitáveis, e de acordo com o levantamento realizado mais de 978 vidas foram salvas e 2.888 casos de infecções foram evitados durante a assistência em saúde nos serviços.

Entretanto, outros estudos evidenciaram segundo a OMS, que os dados positivos em relação à redução significativa dos EA da assistência à saúde vieram de países desenvolvidos, sendo ainda considerados incipientes os programas implementados nos países menos desenvolvidos. Esse fato reforça a necessidade de pesquisas que descrevam medidas elaboradas pelas instituições e suas equipes de saúde voltadas ao tema, ou seja, identificação de evidências e os impactos das políticas de SP no Brasil.

4. Conclusão

O presente estudo relatou a experiência de um grupo de profissionais de enfermagem em implementar um sistema de identificação por cores em uma UTIPO visando a promoção da SP. A iniciativa desses profissionais teve como base as metas 1 de identificação correta do paciente e a meta 3 de segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos criadas pela OMS e validadas no Brasil pela Portaria do MS/GM nº 529/2013. A ideia desses profissionais em atribuir cores para o cumprimento de tais metas, foi no sentido de acrescentar mais item para conferência, no que tange à identificação com vistas à SP. As cores conferem uma “barreira”, ao exigir mais um item para checagem no processo, a fim de evitar erros e impedir que o possível EA chegue ao paciente.

Além disso, o estudo mostrou a importância do engajamento e da adesão dos profissionais de enfermagem da UTIPO. As contribuições da equipe no processo de implementação do protocolo de identificação por cores, foi de grande relevância para que o projeto se tornasse realidade. Nesse sentido, o processo de implantação da nova prática ocorreu de forma construtiva e colaborativa, ao associar o objetivo da instituição de saúde na consolidação de uma assistência segura e de qualidade, aos interesses e necessidades dos profissionais que atuam na linha de frente do cuidado, uma vez que a ideia partiu de alguns integrantes da equipe de enfermagem. Para tanto, ressalta-se que a participação da enfermagem é de importância fundamental na definição de estratégias para melhoria das práticas e dos processos.

É importante salientar que para o propósito de garantia da SP, encontra-se atrelada a necessidade da conscientização de todos os profissionais envolvidos na assistência em saúde. A prestação de cuidados adequados não é somente responsabilidade da enfermagem, mas sim de todas as demais equipes envolvidas no processo assistencial.

Nesse sentido, a educação permanente, as capacitações e as atualizações têm a finalidade de acrescentar novas informações aos conhecimentos adquiridos na formação curricular, auxiliando dessa forma na redução das falhas decorrentes dos processos de trabalho. Embora existam protocolos de segurança para auxílio e direcionamento dos profissionais, torna-se necessária a realização de treinamentos periódicos, com o intuito de envolver cada vez mais os profissionais acerca da importância das boas práticas, assim como também reforçar a responsabilidade que todos têm dentro do processo.

Ademais, apesar do crescente interesse científico no mote da SP, percebe-se que mesmo com a construção e a implantação de protocolos, normas e diretrizes sobre a temática, ainda existem lacunas tanto quanto à efetiva implementação como no monitoramento desses protocolos. Por isso, torna-se necessário, por parte dos profissionais e dos gestores dos serviços de saúde, além da padronização e descrição dos métodos, promover também sistemas de avaliação da qualidade dos serviços. Assim, é possível acompanhar e mensurar os resultados oriundos dos processos, buscando dessa forma reduzir os riscos inerentes à assistência de saúde. Riscos que podem culminar em danos à saúde do paciente, com consequências, muitas vezes, desfavoráveis.

A contribuição do estudo em tela é no sentido de fornecer evidências da utilização de cores como mais um elemento inserido ao processo de identificação dos pacientes internados na UTIPO e, desse modo, promover o aperfeiçoamento da prática de identificação já existente na instituição. Diante disso, sugere-se o monitoramento desse processo, a fim de listar indicadores destinados a acompanhar o progresso dessas ações. Esse acompanhamento possibilitará avaliação da consolidação da cultura de segurança na UTIPO em questão, além de servir de subsídio para pesquisas futuras, no sentido de avaliar a percepção dos profissionais da equipe de enfermagem da referida unidade sobre a implementação do sistema de identificação por cores e a sua importância para a promoção da SP.

Referências

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 de julho de 2013.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2016). 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 (DF): Anvisa.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2017a). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2017b). Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa.
- Bizarra, M. A., Balbino, C. M., & Silvino, Z. R. (2018). Segurança do paciente-o papel do enfermeiro no gerenciamento de risco focado na UTI. *Revista Pró-UniverSUS*, 9(1), 101-104.
- Cavalcante, A. K. C. B., Rocha, R. C., Nogueira, L. T., Avelino, F. V. S. D., & da Rocha, S. S. (2015). Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(4).
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde.
- Daltro, M. R., & de Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 19(1), 223-237.
- Ferreira, F. S., Pereira, T. A., de Souza, B. P., & Sanches, A. C. C. (2021). O papel do farmacêutico na prevenção de erros de medicação. *Research, Society And Development*, 10(3), e18310313280-e18310313280.
- Harada, M. D. J. & Pedreira, M. (2016). *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, p. 41-55.

- JCI. (2011). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Standards Lists Version, Region Hovedstaden, 2011. http://www.jointcommissioninternational.org/common/pdfs/jcia/IAS400_Standards_Lists_Only.pdf.
- Leape, L. L. (2009). *Errors in medicine*. Clin Chim Acta; (404):2-5.
- Ministério da Saúde. (2014). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. (1ª. ed.): Ministério da saúde.
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 529: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Diário Oficial da União.
- Oliveira, A. C. D., Garcia, P. C., & Nogueira, L. D. S. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0683-0694.
- Padilha, K. G., Barbosa, R. L., Oliveira, E. M. D., Andolhe, R., Ducci, A. J., & Secoli, S. R. (2015). Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: desenvolvimento de um projeto de pesquisa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 157-163.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica.[e-book]*. Santa Maria. Ed (pp. 3-9). UAB/NTE/UFSM. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf.
- Prodanov, C. C., & de Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico- (2a ed.)*, Editora Feevale.
- Roque, K. E., Tonini, T., & Melo, E. C. P. (2016). Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 32.
- Santiago, T. H. R., & Turrini, R. N. T. (2015). Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 123-130.
- Silva, J. A., & Pinto, F. C. M. (2016). Avaliando o impacto da estratégia de segurança do paciente implantada em uma unidade de clínica médica de um hospital universitário sob a perspectiva da dimensão da atenção à saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 17(66).
- Tase, T. H., Lourenção, D. C. D. A., Bianchini, S. M., & Tronchin, D. M. R. (2013). Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Revista gaúcha de enfermagem*, 34, 196-200.
- Ventura, C., Perrú, Z. (2019). Brasil, Ministério da Saúde. Agência Saúde. Ministério da Saúde promove maratona online de segurança do paciente. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-promove-maratona-online-de-seguranca-do-paciente>.
- World Health Organization (WHO). (2009). World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Geneva: WHO.