
Segurança do **PACIENTE**

Guia para a Prática



**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
DE SÃO PAULO**

Segurança do **PACIENTE**

Guia para a Prática

**São Paulo
2022**

SEGURANÇA DO PACIENTE: Guia para a prática

Projeto gráfico, capa, diagramação e revisão ortográfica:
Gerência de Comunicação/Coren-SP

Capa:

Fotos do banco de imagens Envato Elements.

Licenças de uso: H9VAWKUGCZ e LMZ537VG9X

Personalizadas por Gerência de Comunicação/Coren-SP

Todos os direitos reservados. Reprodução e difusão dessa obra de qualquer forma, impressa ou eletrônica, é livre, desde que citada fonte.

Distribuição Gratuita

Maio/2022

C8127s

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
Segurança do paciente: guia para a prática /
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. - São
Paulo: COREN-SP, 2022.

ISBN 978-65-993308-3-4

1. Segurança do paciente. 2. Gestão de risco. 3. Higiene
das mãos.

Gestão 2021-2023

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Presidente:

James Francisco Pedro dos Santos

Vice-presidente:

Erica Chagas Araújo

Primeira-secretária:

Eduarda Ribeiro dos Santos

Segundo-secretário:

Mauro Antônio Pires Dias da Silva

Primeiro-tesoureiro:

Gergezio Andrade de Souza

Segunda-tesoureira:

Virgínia Tavares Santos

Conselheiros (as)

Quadro I - Titulares

Andrea Cotait Ayoub
Ivany Machado de Carvalho
Baptista
Ivete Losada Alves Trotti
Maria Madalena Januário Leite
Sérgio Aparecido Cleto
Vanessa Morrone Maldonado
Wagner Albino Batista
Wilza Carla Spiri

Quadros II e III - Titulares

Adriana Pereira da Silva
Anderson Roberto Rodrigues
Claudete Rosa do Nascimento
Fernando Henrique Vieira Santos
Luciano Robson Santos
Marcos Fernandes
Maria Edith de Almeida Santan

Quadro I - Suplentes

Ana Paula Guarnieri
Ariane Campos Gervazoni
Bruna Cristina Busnardo Trindade
de Souza
Cláudia Satiko Takemura Matsuba
Heloísa Helena Ciqueto Peres
Júlio César Ribeiro
Luana Bueno Garcia
Márcio Bispo dos Santos
Marcus Vinícius de Lima Oliveira
Patrícia Maria da Silva Crivelaro
Vanessa de Fátima Scarcella
Ramalho Marciano de Lima
Vinicius Batista Santos

Quadros II e III - Suplentes

Djalma Vinícius Maiolino de Souza
Rodrigues
Edna Matias Andrade Souza
Edson José da Luz
Jane Bezerra dos Santos
Jordevan José de Queiroz Ferreira
Márcia Rodrigues
Valdenir Mariano
Vanderlan Eugênio Dantas

Membros da Câmara Técnica de Atenção à Saúde - Autores

Andrea Cotait Ayoub

Coordenadora da Câmara Técnica de Atenção à Saúde e conselheira do Coren-SP. Graduação em Enfermagem pela UNIFESP. Especialização em Administração de Recursos Humanos pela UNIP. Mestrado em Ciências pela Fundação Antônio Prudente. Especialização em Enfermagem Cardiológica pela FMU. Especialização em Administração Hospitalar pelo IPH. Doutorado em Ciências pela Fundação Antônio Prudente. Especialização em Gestão Pública em Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Pós-Doutorado pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Rosangela Filipini

Graduação em Enfermagem pela PUC-São Paulo. Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.

Vinicius Batista Santos

Graduação em enfermagem pelo Instituto israelita Albert Einstein. Especialização em cardiologia pela UNIFESP. Mestre pela EPE/UNIFESP. Doutor pela EPE/UNIFESP. Docente da Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP.

Magda Cristina Queiroz Dell Acqua

Graduação em Enfermagem pela Universidade do Sagrado Coração. Mestrado pela USP-SP. Doutorado pela USP-SP.

Simone Oliveira Sierra

Graduação em enfermagem pela Faculdade São Camilo. Especialização em Pediatria pela UNIBAN. Especialização em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela UNICSUL. Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Especialização na Formação de Docentes para a Educação Profissional pela FESL. Mestrado em Ciências da Reabilitação pela UNINOVE.

Monica Isabelle Lopes Oscalices

Graduação e Licenciatura pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em cardiologia pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Mestre pela UNIFESP. MBA em Gestão de saúde pela Universidade São Camilo. Especialização em UTI pediátrica pela Universidade São Camilo.

Carolina Vieira Cagnacci Cardili

Graduação em Enfermagem pela EPE/UNIFESP. Mestrado em Ciências da Saúde pela EPE/UNIFESP. Doutorado em andamento pela UNIFESP.

Outros autores:**Marisa Dias Von Atzingen**

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Londrina (UEL). Residência em enfermagem médico cirúrgica pela Universidade de Londrina (UEL). Especialização em prevenção e controle de infecção relacionada à Assistência a Saúde pela EPE (UNIFESP). Especialização em segurança do Paciente para profissionais da rede de atenção às urgências pela FIOCRUZ. Mestrado em enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Membros da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp) – Revisores do Guia

Jenny Arcentales Herrera

Licenciatura em Enfermagem pela Pontifícia Universidad Católica del Ecuador. Residência em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Especialista em Terapia Intensiva do Adulto e Administração de Hospitais pela Universidade São Camilo. Especialização em Docência pela Fiocruz. Mestrado em Ciências da Saúde pela EPE/ UNIFESP.

Sheila Siedler Tavares

Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela PUC-Sorocaba. Especialização em Reabilitação Física pela USP. Especialização em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica pela Universidade São Camilo. Especialização em Doação, captação e transplantes de órgãos e tecidos pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. Mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Sorocaba. Doutoranda em Ciência pela EPE/UNIFESP.

Elisangela das Neves Martins Luz

Graduação em Enfermagem pela UNINOVE. Especialização em Administração em Serviços de Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Especialização em Pedagogia para o Ensino Profissional em Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul. Especialização em Enfermagem em Nefrologia pela UNIFESP. Cursando Especialização em Enfermagem em CC e CME na Universidade Cruzeiro do Sul. Cursando Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde na UNIFESP.

Paula Maria Corrêa de Gouveia Araujo

Graduação em Enfermagem pela EPE/UNIFESP. Mestrado em ciências da Saúde pela UNIFESP. Especialista em Enfermagem Hospitalar à Criança e Adolescente e em Gestão e Auditoria de Enfermagem. Cursando doutorado em Ciências da Saúde na UNIFESP.

Leila Blanes

Graduação em enfermagem pela UNIFESP. Especialização em Estomaterapia pela EEUSP. Mestrado em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP. Doutorado em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica da UNIFESP.

Ana Corrêa

Graduação em Enfermagem pela Universidade do Sagrado Coração de Bauru. MBA em Auditoria em Saúde pela Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara.

Daniela Sayuri Misawa

Graduação em Enfermagem pela EPE/UNIFESP. Especialização Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela ENSP/FIOCRUZ.

Tatiane Fernandes Alves

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Monte Serrat. Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade Católica de Santos. Mestrado em Ensino das Ciências da Saúde pela UNIFESP.

Tatiana Kazumi Yassuhara Kagauchi

Graduação em Enfermagem pela USP. Especialização em Terapia Intensa pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Especialização em Auditoria em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo. MBA em Qualidade em Saúde: Gestão e Acreditação pela Faculdade de Educação em Ciências/Consórcio Brasileiro de Acreditação.

Liliane Bauer Feldman

Graduação em Enfermagem pela FZL - UNICID . Especialização em administração hospitalar pela CEDAS São Camilo. Mestrado em Ciências da saúde pela Universidade Guarulhos. Doutorado em Ciências pela UNIFESP (2010).

PREFÁCIO

A Segurança do Paciente deve ser um dos eixos norteadores da prática de enfermagem. O envolvimento de todos os atores da equipe multidisciplinar nesta missão é fundamental para atingir as seis metas internacionais, mas a enfermagem é uma das grandes protagonistas no processo de garantia da segurança do paciente, por estar envolvida em todas as etapas da assistência, desde a triagem e acolhimento, até os procedimentos mais complexos, como a preparação cirúrgica e acompanhamento do pós-operatório; a dispensação de medicamentos, entre outros. Além disso, é a categoria que está mais presente na vida do paciente, ao seu lado 24 horas por dia.

Cumprindo o seu papel de zelar por uma assistência de enfermagem segura, o Coren-SP busca instrumentalizar os profissionais nesta jornada. Para isso, desenvolvemos constantes atividades de aprimoramento e, por meio das Câmaras Técnicas, emitimos pareceres para subsidiar a prática profissional. Essa publicação é fruto dessa missão e do excelente trabalho da Câmara Técnica de Atenção à Saúde, do Coren-SP, em parceria com a Rebraensp, que vêm desenvolvendo um importante trabalho na construção de literatura e orientações para uma assistência segura e de excelência.

Com brilhantismo, os autores desta obra apresentam os desafios enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde para a redução de riscos e danos aos pacientes; alertam para os principais tipos de ocorrência e exploram as seis metas internacionais de segurança do paciente, propondo ferramentas para sua viabilização.

A educação e conhecimento são a chave para transformar cenários e a realidade. Por isso, o Coren-SP não tem medido esforços para disseminar conteúdos que proporcionem o aprimoramento constante dos profissionais de enfermagem, de forma gratuita. Que esse livro contribua para uma assistência de excelência nas instituições de saúde e subsidie estudantes em sua formação, proporcionando um cuidado de enfermagem seguro, para pacientes e equipes.

Boa leitura a todos.

James Francisco Pedro dos Santos,
Presidente do Coren-SP

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
CAPÍTULO 1	
INTRODUÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE	18
Conceitos-chave	18
Relevância da Segurança do Paciente.....	21
CAPÍTULO 2	
METAS DE SEGURANÇA E GESTÃO DE RISCO	24
Importância dos indicadores.....	30
CAPÍTULO 3	
TRABALHO EM EQUIPE E CULTURA DE SEGURANÇA	38
Importância do trabalho em equipe na gestão de risco	38
Cultura de segurança e cultura não punitiva.....	39
CAPÍTULO 4	
META 1. IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE	43
CAPÍTULO 5	
META 2. COMUNICAÇÃO EFETIVA	49
O que é a comunicação efetiva	49
Comunicação verbal e não verbal.....	54
Registro de Enfermagem (anotação e evolução)	54
Passagem de plantão.....	56
Comunicação de resultados críticos.....	57
Teleconsulta	60
Comunicação em tempos de Covid-19.....	62
Considerações finais	63
CAPÍTULO 6	
META 3. SEGURANÇA DO PACIENTE NA	
ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	69
Estratégias para redução de erros relacionados à medicação	74
Revisão técnica das prescrições.....	76
Aprazamento.....	77
Distribuição e dispensação de medicamentos.....	77
Ambiência/comunicação	78

Relação com o paciente	79
Preparo e administração de medicamento	79
Uso dos 5-7-9 certos para segurança na medicação	80
Treinamento	89
Estratégias inovadoras - Reconciliação de medicamentos	90
“Medication time out”	90
Estratégias para redução de erros relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos	91
Importância da transição do cuidado na segurança medicamentosa	93

CAPÍTULO 7

META 4. CIRURGIA SEGURA	100
Cirurgias Seguras Salvam Vidas	101
Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica OMS	103
Lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico	104
Cinco passos para uma sala de recuperação pós anestésica segura	105
Orientações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (SARS-COV2) em procedimentos cirúrgicos	105
Monitoramento através de indicadores de anestesia e cirurgia	107

CAPÍTULO 8

META 5. HIGIENE DAS MÃOS	111
Produto ideal	112
Melhores práticas para a higiene das mãos (técnica)	113
Como e quando utilizar luvas	117
Custos e impactos da realização da higiene das mãos	118
Cinco momentos para higiene das mãos	118
As estratégias multimodais no controle de infecção (além da lavagem de mãos)	120
Higiene das mãos na prevenção da Covid-19	121

CAPÍTULO 9

META 6. RISCO DE LESÕES POR PRESSÃO	125
Lesões de pele relacionadas a adesivos médicos	125
Lesões por Fricção (LF)	130
Lesões por Pressão (LP)	134

CAPÍTULO 10

META 7. RISCO DE QUEDA.....	141
Avaliação do Risco de Queda	143
Boas práticas para redução do risco de quedas	145
Prevenção de quedas em pacientes pediátricos	147
Ferramenta de Avaliação de Risco de Quedas	
Escala Humpty Dumpty	148

CAPÍTULO 11

INTRODUÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	155
Meta 1. Identificação do paciente na APS	156
Meta 2. Comunicação efetiva na APS	159
Meta 3. Segurança na administração de medicamentos na APS	163
Meta 4. Melhores práticas na cirurgia segura:	
procedimentos cirúrgicos na APS	170
Meta 5. Higiene das mãos na APS	173
Meta 6. Segurança do paciente nas lesões de pele:	
prevenção de lesões de pele na APS	175
Meta 7. Prevenção de quedas na APS	177

ENDEREÇOS E CONTATOS DO COREN-SP.....	186
--	------------

CANAIS DE DIÁLOGO E COMUNICAÇÃO DO COREN-SP	189
--	------------

GUIA SEGURANÇA DO PACIENTE APRESENTAÇÃO

Wilza Carla Spiri

Segundo do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução Cofen nº. 564/2017, a enfermagem:

“...é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Assim, a segurança, tanto de trabalhadores como dos usuários dos serviços de saúde, é fundamental. No cenário brasileiro, o tema segurança do paciente ganha destaque com as publicações do Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, trazendo em seus objetivos específicos a necessidade de produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e ampliar o acesso da sociedade às informações relativas a esse tema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Essa portaria trouxe importantes questões norteadoras que abarcam a segurança na prática assistencial, como a implantação de protocolos básicos e recomendados, bem como a instituição do tema na formação dos profissionais de saúde.

Também em 2013, em 25 de julho, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, que institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados,

filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (ANVISA, 2013). A resolução complementou a portaria com a criação dos núcleos de segurança do paciente (NSP) que devem basicamente realizar o gerenciamento de risco do serviço e o plano de segurança do paciente, trabalhando também questões de notificação.

Essas duas publicações referenciaram os serviços de saúde de alguma forma, porém a realidade do país condiz com um cenário muito heterogêneo de atuação no campo da saúde, seja por questões de nível de atendimento, por questões estruturais e de gestão ou diferentes realidades regionais. Isso torna a aplicabilidade dessas publicações um desafio, sendo necessário uma reflexão e direcionamento do que é possível realizar, mas com a consciência de que há muito a ser feito.

Considerando a relevância do tema segurança do paciente, as Câmaras Técnicas do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP) - regulamentadas por meio de uma decisão fundamentada na necessária discussão para ampliar e elucidar a importância da profissão e do conhecimento técnico científico, fortalecer o compromisso ético, e contribuir para a qualidade do exercício profissional no aspecto assistencial, gerencial, de ensino e pesquisa - têm desenvolvido pareceres, orientações fundamentadas, manifestações técnicas e produções técnico científicas que contribuam para os profissionais de enfermagem desenvolverem seu trabalho com segurança para garantir que os usuários sejam assistidos livres de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Nesse contexto, a Câmara Técnica de Assistência à Saúde (CTAS), por meio da expertise de seus membros e parceria com a Rede Brasileira de Segurança do Paciente (Rebraensp) desenvolveu esse guia com a finalidade de contribuir para o trabalho dos profissionais de enfermagem, por possibilitar que o conhecimento produzido nessa temática seja refletido e adotado na prática das equipes de enfermagem.

Assim, trazer elementos que possibilitem a apropriação dos profissionais de enfermagem para uma prática segura e qualificada é o objetivo principal desse guia, que será apresentado em forma de capítulos com temas referentes à segurança do paciente.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE

*Andrea Cotait Ayoub
Revisão Rebraensp - Liliane Bauer Feldman*

Conceitos-chave

Para começar este manual é preciso definir inicialmente conceitos cruciais, convenientemente reunidos em um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009).

A segurança do paciente pode ser definida como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”. Frente a essa definição, cabe elucidar o que significam os termos “dano” e “desnecessário” no contexto da segurança do paciente.

O termo dano pode significar qualquer lesão física ou psicológica, sofrimento, prejuízo à estrutura ou função do corpo e até mesmo morte. No cuidado de saúde, certas lesões são necessárias, como, por exemplo, a punção venosa para passagem de um cateter. Por outro lado, existem danos preveníveis, inesperados, não intencionais e desnecessários, como por exemplo, a queda do paciente do leito.

Eventos que levam ou têm a possibilidade de causar danos não intencionais ao paciente são chamados incidentes. Existem diversos tipos de incidentes. Alguns exemplos estão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 1: Tipos de incidente – Classificação Internacional de Segurança do Paciente (WHO, 2009)

Tipo de incidente	Exemplos
Administração clínica	Erros na passagem de plantão, transferência de cuidado, identificação do paciente, alta
Procedimento clínico	Erros em procedimentos e intervenções, diagnósticos, contenção física
Infecção associada aos cuidados de saúde	Infecções relacionadas à ferida operatória, sondas, cateteres
Medicação/fluidos EV	Erros na prescrição, na dose administrada, na via de administração, medicamento fora de validade, reação medicamentosa
Sangue/hemoderivados	Paciente errado, quantidade errada, hemoderivado errado, reação transfusional
Comportamento (do paciente ou do profissional)	Agressão física ou verbal, imprudência, evasão, falta ao trabalho
Acidentes do paciente	Quedas, lesões físicas em geral

Incidentes podem ter diversas causas chamadas fatores contribuintes, que são definidos como “circunstância, ação ou influência (tais como escalas ou distribuição deficiente de tarefas) que pode ter desempenhado um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente, ou ainda aumentar o risco de acontecer”.

Incidentes também podem ter consequências para o paciente, definidas como “o impacto sobre um doente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente” (WHO, 2009).

Os incidentes podem ser classificados quanto às consequências para o paciente. Situações problemáticas, em que há alto potencial para incidente, porém em que o incidente não ocorre, são chamadas de ocorrências comunicáveis / circunstância notificável. Por exemplo, um desfibrilador que não funciona é levado para uma emergência, porém o aparelho não precisa ser usado.

Situações em que ocorre um incidente, porém ele não chega ao paciente, são chamadas de quase eventos / quase erros / *near-miss*. Por exemplo, uma bolsa de sangue é conectada ao acesso venoso do paciente errado, mas o erro é detectado antes do sangue ser infundido. Quando o incidente atinge o paciente, mas não há dano, é chamado de incidente sem dano. Por exemplo, a administração de analgésico que não estava prescrito ao paciente. Quando causa danos ao paciente é denominado incidente com dano / evento adverso. Por exemplo, um paciente que sofre queda do leito. (WHO, 2009).

Os danos podem ser classificados quanto à sua gravidade, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2: Graus de dano (WHO: World Alliance for Patient Safety, 2009)

Grau de dano	Definição
Nenhum	A consequência no doente é assintomática ou sem efeito detectado e não necessita de tratamento.
Leve	A consequência no doente é sintomática, com sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem intervenção ou com uma intervenção mínima requerida (por exemplo: observação extra, inquérito, análise ou pequeno tratamento).

Moderado	A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção (por exemplo: procedimento suplementar, terapêutica adicional) um aumento na estadia, ou causa danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.
Grave	A consequência no doente é sintomática, requerendo intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, encurta a esperança de vida ou causa grandes danos permanentes ou a longo prazo, ou perda de funções.
Morte	No balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo incidente.

Para exemplificarmos esses conceitos, tomemos o modelo de um paciente internado que, ao sair do banheiro, se depara com o chão molhado. Existem algumas possibilidades:

1. Se ninguém corrigir esse risco (piso escorregadio) e o paciente caminhar através dele para o quarto, mas não escorregar, teremos uma circunstância notificável. 2. Caso ele escorregue, mas consiga se segurar em algum apoio, teremos um quase-erro, quase-falha ou *near-miss*. 3. Agora, se o paciente de fato cair e se machucar, ocorre um incidente com dano (ou evento adverso). 4. Entretanto, se ele cair e não se machucar, ocorrerá um incidente sem dano. De qualquer forma, o evento deve ser comunicado, visto que, se os fatores contribuintes não forem corrigidos, novos incidentes podem ocorrer, gerando danos a outros pacientes.

Com estes conceitos, é possível entender a definição sucinta de segurança do paciente relativa à *redução do risco de incidentes*.

Relevância da Segurança do Paciente

Embora a segurança do paciente seja um conceito milenar, já refletida na frase atribuída a Hipócrates *primum non nocere* (“em primeiro lugar, não causar mal”) e no trabalho da enfermeira Florence Nightingale (1820-1910), esse tema ganhou grande proporção em 2000, com a publicação do livro *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*

“*To Err is Human: Building a Safer Health System, 2000*”. O livro trouxe dados sobre o número de mortes ocasionadas por erros médicos, desencadeando uma onda de estudos e artigos acerca da segurança do paciente, bem como iniciativas globais como o Dia Internacional da Segurança do Paciente, estabelecido pela OMS, que é comemorado em 17 de setembro.

De fato, hoje se sabe que as falhas de segurança do paciente têm enormes custos globais, tanto para o sistema de saúde quanto nas questões financeiras. Em 2013, estimou-se que danos no cuidado de saúde eram a 14^a causa de mortalidade e morbidade no mundo, sendo que dois terços dos eventos adversos ocorriam em países em desenvolvimento; dentre os principais eventos adversos identificados estavam o tromboembolismo venoso, quedas intra-hospitalares e úlceras de pressão (JHA *et al.*, 2013). Em países em desenvolvimento, é possível que até 83% de todos os eventos adversos poderiam ter sido prevenidos caso medidas de segurança tivessem sido adequadamente tomadas (SLAWOMIRSKI L; AU-RAAEN A; KLAZINGA N, 2017).

Os custos financeiros dos eventos adversos também são grandes. Em 2000, por exemplo, 6% dos gastos em saúde pública na Bélgica e 2,3% no Reino Unido eram destinados exclusivamente para o tratamento de infecções hospitalares. Esses dados não levam em consideração a redução da produtividade, seja em decorrência de mortes, seja em decorrência de estadias hospitalares prolongadas. Em países em desenvolvimento, esses dados representam desperdício de fundos públicos e privados que poderiam ser melhor aplicados na atenção à população (SLAWOMIRSKI L *et al.*, 2012).

Referências

JHA, A. K.; LARIZGOITIA, I.; AUDERA-LOPEZ, C.; PRASOPA-PLAIZIER, N. *et al.* **The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies.** *BMJ Qual Saf*, 22, n. 10, p. 809-815, Oct 2013.

SLAWOMIRSKI L; AURAAEN A; KLAZINGA N. **The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level.** *OECD Health Working Papers*, 96, 2017.

KOHN L.T., CORRIGAN J.M., DONALDSON M.S. **To Err is Human: Building a Safer Health System.** Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press, 2000.

WILSON, R. M.; MICHEL, P.; OLSEN, S.; GIBBERD, R. W. *et al.* **Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital.** *BMJ*, 344: e832, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY, Taxonomy. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report.** Geneva: OMS, 2009.

CAPÍTULO 2

METAS DE SEGURANÇA E GESTÃO DE RISCO

Andrea Cotait Ayoub
Revisão Rebraensp - Liliane Bauer Feldman

Em outubro de 2004, a OMS lançou formalmente a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), por meio da Resolução nº 57 da Assembleia Mundial da Saúde, recomendando aos países maior atenção ao tema segurança do paciente.

Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente identificou seis áreas de atuação, com o intuito de desenvolver “Soluções para a Segurança do Paciente”, que têm o propósito de promover melhorias específicas em áreas que são problemáticas na assistência.

Na tentativa de garantir a implementação da segurança do paciente, a instituição de acreditação americana *Joint Commission International* elaborou em 2006 junto à OMS seis metas internacionais de segurança que devem ser seguidas pelas instituições que pretendem ser acreditadas (JCI, 2011). Desde então, essas metas tornaram-se um padrão a ser seguido internacionalmente por diversas instituições de saúde. As seis metas estão apresentadas na Tabela 3 e serão analisadas, individualmente, nos capítulos seguintes deste manual.

Tabela 3: Seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente (JCI, 2011).

Meta	Explicação
Identificação correta do paciente	Garantir que o paciente seja corretamente identificado, principalmente antes da realização de procedimentos com algum grau de risco (exemplo: administração de medicação ou hemocomponente, coleta e realização de exames e procedimentos cirúrgicos). Prevenir o risco: evitar que procedimentos sejam realizados no paciente errado.

Comunicação efetiva entre os profissionais da saúde	<p>Garantir que as informações sobre um paciente sejam adequadamente comunicadas entre os membros da equipe profissional.</p> <p>Prevenir o risco: evitar a fragmentação do cuidado, perdas de informação e passagem de informações equivocadas</p>
Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos	<p>Garantir que os medicamentos sejam prescritos, administrados pela via correta, na dose certa, para o paciente correto. Prevenir o risco: administração inadequada do medicamento. Observar reações não previstas e agir prontamente.</p>
Cirurgia segura	<p>Utilizar os checklists para garantir que a cirurgia seja feita no paciente, no órgão, região corporal corretos, checando os recursos e procedimentos. Prevenir os riscos: cirurgia em paciente e local errado, perda de instrumental ou gaze dentro da incisão.</p>
Reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado de saúde	<p>Instituir a correta higiene das mãos e a esterilização de produtos e materiais. Prevenir risco: contaminações e infecções.</p>
Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão	<p>Utilizar recursos estruturais, práticas ambientais e envolver o paciente para reduzir a possibilidade de queda.</p> <p>Aplicar práticas de prevenção de lesão por pressão (exemplo: mudança de decúbito periódica).</p>

A aplicação destas seis metas, bem como qualquer ação de promoção à segurança do paciente, não deve ser um evento isolado, mas deve fazer parte da cultura de toda instituição de saúde, como determina a Resolução nº 2 de 2010 da Anvisa:

Art. 4º Para efeito deste regulamento técnico são adotadas as seguintes definições:

[...]

XII - gerenciamento de risco: aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas na análise, avaliação, controle e monitoramento de risco;

[...]

“Art. 19. O estabelecimento de saúde deve possuir uma sistemática de monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde, visando a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos.”
(ANVISA, 2010)

Esta resolução traz o importante conceito de gestão de risco, que é a utilização sistemática dos conceitos de segurança do paciente, composta pela implementação que não estava prescrito, análise dos riscos e incidentes com o objetivo final de evitá-los, de modo que todos os profissionais apliquem as medidas e ações preventivas.

O gerenciamento de risco é aplicação sistêmica e sistemática de procedimentos, condutas e recursos, no monitoramento de riscos e eventos adversos, que afetam a saúde humana, a integridade profissional, a imagem institucional e o meio ambiente (FELDMAN, 2008).

Para contemplar esse requisito nas instituições de saúde de todo o território nacional, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529 de 2013, que dispõe sobre a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). A resolução traz que:

“Art. 5º Constituem-se estratégias de implementação do PNSP:

I - elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;

II - promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;

III - inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;

IV - implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;

V - implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;

VI - promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; e

VII - articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.” (MS, 2013)

O gerenciamento de risco envolve algumas etapas (HARADA, 2011). A primeira etapa consiste na identificação de fatores de risco e incidentes, o que pressupõe que os profissionais tenham conhecimento do que se caracteriza de fato como incidente. Em seguida, esse fato identificado deve ser notificado, analisado e classificado, podendo inclusive tornar-se um indicador para posterior análise institucional. Estando o incidente ou fator de risco analisado, é possível intervir para reduzi-lo ou eliminá-lo.

Existem diversas ferramentas de qualidade e segurança para avaliar as não conformidades e para intervir nos riscos, algumas das quais trazemos a seguir:

- PDCA (*plan-do-check,study-act*): é uma ferramenta de qualidade baseada em quatro etapas que devem ser aplicadas antes de tomar qualquer medida.

Significa: Planejar- qual é a mudança desejada? Do (fazer), aplicar a ação definida. Checar, examinar os resultados; e Agir, ou seja, responder aos resultados. Este processo é por natureza cíclico, podendo retornar ao planejamento após a etapa agir. (TAYLOR; MCNICHOLAS; NICOLAY; DARZI *et al.*, 2014). Essa ferramenta pode ser usada para planejar as ações corretivas, tanto para as não conformidades (qualidade), quanto para a minimização dos riscos (segurança) identificadas.

- 5W3H (significa a sigla *what, who, when, why, where, how, how much e how measure*): é uma ferramenta baseada em perguntas que devem ser feitas sobre cada circunstância, diante de uma não conformidade ou de um risco potencial. É usada para detalhar as ações que serão realizadas. Define-se o que será feito, quem fará, quando, por que, onde, como, quanto e como será mensurado (HARADA, 2011).

Diagrama de Ishikawa ou espinha de peixe ou diagrama de causa e efeito. É um diagrama utilizado para compreender os fatores de risco para determinado desfecho, podendo demonstrar também as “causas das causas” de maneira sequencial (ALBRECHT, 2015). No Guia Uso Seguro de Medicamentos, distribuído pelo COREN-SP em parceria com a Rebraensp, você pode verificar como a ferramenta de Ishikawa foi aplicada nos cases relatados (COREN-SP, 2017).

Esse diagrama pode ser melhor compreendido no gráfico a seguir.

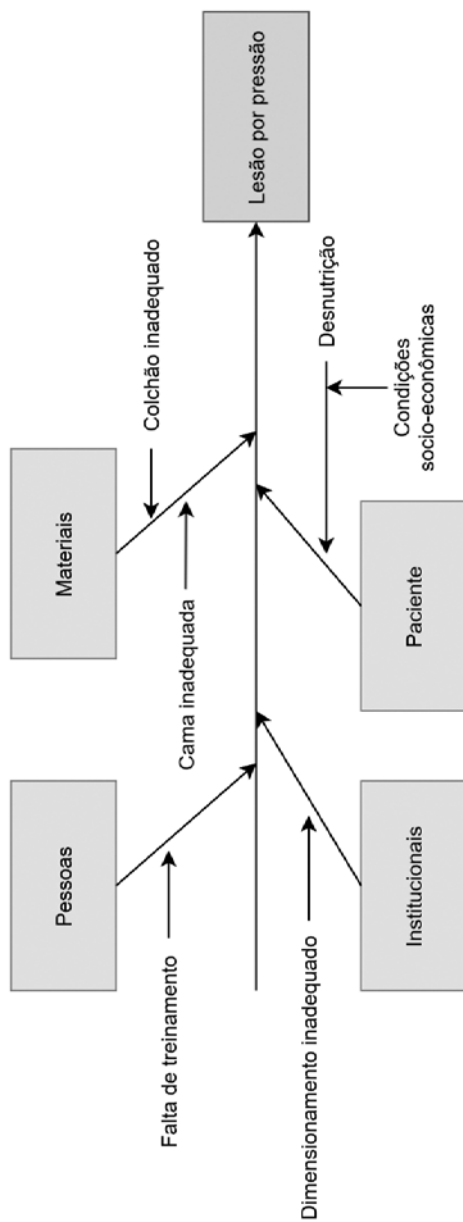


Gráfico 1: Diagrama de Ishikawa (COREN-SP, 2017).

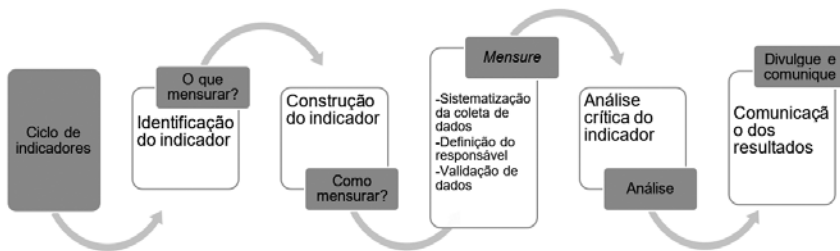
- *Brainstorming*: consiste na elaboração de forma espontânea e coletiva de ideias propostas por um grupo de pessoas com esse objetivo, podendo variar desde a imaginação de novos riscos possíveis à produção de medidas de segurança. Tem como vantagem facilitar a identificação de fatores de risco (SIMSEKLER; GURSES; SMITH; OZONOFF, 2019).

Importância dos indicadores

Reforça-se que a gestão de risco envolve não apenas a adoção de práticas de segurança do paciente, mas a comunicação e o monitoramento dos riscos, o estabelecimento dos princípios e diretrizes políticas conforme indica a ABNT-ISO 31000 de 2018. Esses elementos são importantes, pois o conhecimento das áreas deficientes da atenção à saúde permite atuar de forma direcionada para solução de problemas específicos. Esta análise também é feita através dos indicadores de risco.

A formulação de indicadores é realizada por um conjunto de passos, para assegurar que os princípios da qualidade e da segurança contemplem um sistema de medição do desempenho e consigam atingir o padrão desejado pela organização.

Os passos necessários, neste caso, são:



Indicadores são definidos como medidas quantitativas que podem ser utilizadas para monitorar e avaliar o desempenho de uma atividade. Indicadores não são medidas diretas de qualidade, mas direcionam a atenção para pontos problemáticos que devem ser examinados com mais cuidado (JCI, 1989). Indicadores de risco são relacionados aos incidentes e eventos adversos em saúde, geralmente representados por incidências (embora cada indicador possua uma fórmula própria):

$$\text{Incidência} = \frac{\text{Número de incidentes}}{\text{Número de pacientes expostos ao risco}} \times 100 \text{ ou } 1.000$$

Diversos indicadores foram elaborados e têm sido usados durante anos por diversos tipos de empresas. Na saúde não é diferente. Para cada incidente possível existe um indicador relacionado. Assim, cada instituição conta com sua própria lista de indicadores adaptada para sua realidade única. Indicadores podem ser divididos em assistenciais e gerenciais (CQH, 2012). Esses indicadores são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 4: Tipos de indicadores (CQH, 2012)

Tipos de indicadores	Indicadores
	<ul style="list-style-type: none"> • Incidência de perda de cateter central de inserção periférica • Incidência de perda de cateter venoso central • Incidência de instrumentais cirúrgicos com sujidade

Indicadores gerenciais de enfermagem

- Horas de assistência de enfermagem (unidades de internação)
- Horas de enfermeiro (unidades de internação)
- Horas de técnicos/auxiliares de enfermagem (unidades de internação)
- Horas de assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva
- Horas de enfermeiros em UTIs
- Horas de técnicos e auxiliares de enfermagem em UTIs
- Índice de treinamento de profissionais de enfermagem
- Taxa de absenteísmo de profissionais de enfermagem
- Taxa de rotatividade de profissionais de enfermagem (turn over)
- Taxa de acidente de trabalho de profissionais de enfermagem

Tipos de indicadores	Indicadores
Indicadores assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal • Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral para aporte nutricional • Incidência de úlcera por pressão - Unidade de Internação Adulto • Incidência de úlcera por pressão - Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto • Incidência de lesão de pele • Incidência de erro de medicação • Incidência de quase falha relacionada ao processo de administração de medicação • Incidência de flebite • Incidência de extravasamento de contraste • Incidência de extravasamento de droga antineoplásica em pacientes em atendimento • Ambulatorial • Incidência de extravasamento de droga antineoplásica em pacientes internados

Indicadores têm grande importância na gestão de risco, permitindo reduzir incidentes, oferecer melhor cuidado ao paciente, fortalecer a confiança dos clientes na instituição, reduzir custos e desenvolver profissionalmente a equipe (KURCGANT, 2006). Destaca-se, porém, que indicadores não agem sozinhos. Devem compor um conjunto estatístico de dados que forme um sistema de informação capaz de oferecer o *status* da questão mensurada (MALIK; SCHIESARI, 1998). Destaca-se, também, que indicadores só se tornam úteis quando existe um plano de ação que os utilize para trazer melhorias práticas.

Referências

ALBRECHT, R. M. **Patient safety: the what, how, and when.** Am J Surg, 210(6): 978-982, 2015.

JOINT COMMISSION (JCI). **Characteristics of clinical indicators.** QRB Qual Rev Bul,15(11): 330-339, 1989.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). **Manual de Indicadores de Enfermagem** 2a ed. São Paulo: APM/CREMESP, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento.** São Paulo: Coren-SP, 2017.

FELDMAN LB (organizadora). **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar. Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento.** São Paulo: Martinari, 2008.

HARADA, M. d. J. C. S. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura.** São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

JOINT COMMISSION (JCI). **Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Including Standards for Academic Medical Center Hospitals.** JCI, 2017.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. **A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos.** Acta Paulista de Enfermagem, 19, n. 1, 2006.

MALIK, A.; SCHIESARI, L. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

SIMSEKLER, M. C. E.; GURSES, A. P.; SMITH, B. E.; OZONOFF, A. **Integration of multiple methods in identifying patient safety risks.** Safety Science, 118, p. 530-537, 2019.

TAYLOR, M. J.; MCNICHOLAS, C.; NICOLAY, C.; DARZI, A. *et al.*

Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*, 23(4): 290-298, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: forward programme.** Geneva: OMS, 2005.

CAPÍTULO 3

TRABALHO EM EQUIPE E CULTURA DE SEGURANÇA

Andrea Cotait Ayoub
Revisão Rebraensp - Liliane Bauer Feldman

Importância do trabalho em equipe na gestão de risco

É inegável que a enfermagem tenha um papel essencial na segurança do paciente, sendo o grupo em posição ideal para liderar a gestão de risco devido à sua proximidade no cuidado ao paciente e papel central na assistência (RICHARDSON, 2010). De fato, os profissionais da enfermagem têm a capacidade de reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos por introduzir os requisitos de qualidade nos serviços; monitorar a conformidade de acordo com a padronização; gerenciar as melhorias no ambiente de trabalho e promover a segurança no cuidado ao paciente (ALFRESDOTTIR; BJORNSDOTTIR, 2008). Por ser o prestador final da assistência, a enfermagem é a última barreira contra os incidentes de saúde.

É importante, porém, que a equipe de enfermagem seja diversificada em suas atribuições. Segundo estudo inglês, tanto equipes com excesso de enfermeiros quanto equipes com excesso de auxiliares de enfermagem estão relacionadas com aumento da mortalidade de pacientes (GRIFFITHS *et al.*, 2019). Além disso, um relatório do *Institute of Medicine* (IOM) encontrou evidências de que à medida que a equipe de enfermagem aumenta, a qualidade do atendimento ao paciente melhora, pois os enfermeiros têm mais tempo para monitorar os pacientes e detectar mais rapidamente mudanças em suas condições. Um estudo realizado em dois hospitais americanos revelou que os enfermeiros interceptaram 86% dos erros de medicação antes que atingissem o paciente (IOM, 2004).

Assim, podemos concluir que cada profissional tem uma atribuição e importância única na segurança do paciente, desde que seguida a Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86).

Compete ao enfermeiro a coleta dos incidentes, eventos adversos, *near misses* e *near events*, por meio de planilhas para transformá-los em indicadores, realizando posteriormente a análise crítica dos dados. Ressal-

tamos, porém, que os técnicos e auxiliares de enfermagem devem ter conhecimento acerca deste processo, pois desta forma poderão notificar corretamente incidentes, bem como colaborar para a diminuição dos riscos em sua prática profissional. A participação dos técnicos e auxiliares é importante, porque eles vivenciam de perto o cuidado ministrado ao paciente e podem, também, contribuir para a elaboração do plano de ação.

Indicadores de saúde não são propriedade exclusiva da enfermagem. Pertencem a todos os profissionais de saúde que atuam na assistência e tratamento do paciente, bem como às famílias e aos próprios pacientes. A transparência das ações tomadas e os avanços alcançados para atingir as metas definidas em cada indicador aumenta a credibilidade e fidelização dos usuários. A gestão à vista tende a mostrar a evolução e desempenho da instituição. Neste contexto, a gestão de risco deve ser compartilhada por todos os agentes envolvidos, de maneira que se sintam participantes das conquistas.

Cultura de segurança e cultura não punitiva

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é considerada um importante componente estrutural dos serviços, pois favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição de incidentes.

O termo cultura de segurança foi utilizado inicialmente pela *International Atomic Energy Agency* (Iaea), quando publicou o *Safety Culture: a Report by International Nuclear Safety Advisory Group* (Insag, 1991). No âmbito da saúde, a CSP foi definida pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de grupos e de indivíduos. Isto determina o compromisso, estilo e proficiência no manejo dos riscos em saúde de uma organização (NIEVA; SORRA, 2003).

Avaliar a cultura de segurança é importante para medir as condições organizacionais que levam a possíveis danos ao paciente nos serviços de saúde. Esse tipo de avaliação tem várias utilidades: diagnosticar o nível de cultura de segurança, identificar possíveis riscos que podem culminar no dano, fazer *benchmarking* interno e externo, avaliar a evolução das intervenções de SP e acompanhar a maturidade da cultura com o tempo, bem como estimular mais a notificação de incidentes (NIEVA; SORRA, 2003).

Nota-se que gerenciamento de risco não deve ser pautado por atitudes isoladas, tomadas apenas em respostas a eventos adversos. Ele deve ser uma atitude sistemática de todas as áreas de uma instituição de saúde, realizada por todos os profissionais e trabalhadores. Instituições com cultura de segurança são percebidas pela confiança mútua, valorização da atenção aos riscos, certeza da importância de medidas preventivas e proativas (HALLIGAN; ZECEVIC, 2011).

Algumas dimensões da cultura de segurança mais citadas pela literatura incluem:

- Comunicação baseada em confiança
- Abordagem não punitiva à comunicação de eventos adversos
- Trabalho em equipe
- Crença compartilhada na importância da segurança
- Aprendizado organizacional

A abordagem não punitiva também pode ser chamada de cultura não punitiva. Isso é de extrema importância, visto que a gestão de risco depende da comunicação de incidentes e eventos adversos, e consequentemente a tomada de decisões, ações e a gestão dos indicadores.

Em instituição em que os colaboradores acreditam que todos os incidentes, estando ou não envolvidos, vão gerar punição, é natural que ele não comunique o incidente (FEESER; JACKSON; SAVAGE; LAYNG *et al.*, 2021). Neste caso, a manutenção do segredo poderá ser visto como uma forma de autodefesa. Nesta situação, os indicadores não serão fidedignos, e a reação de correção na instituição estará prejudicada. Os processos problemáticos ou as fragilidades assistenciais não serão identificadas e nenhuma ação poderá ser tomada para corrigi-los. Assim, infelizmente aos olhos da gestão, tudo parece estar correndo bem. Um equívoco!

A solução para este comportamento está na abordagem não punitiva, ou seja, quando gestores não apontam a culpabilização do indivíduo, mas se atentam às falhas sistemáticas (FEESER; JACKSON; SAVAGE; LAYNG *et al.*, 2021). Assim, no caso em que uma bolsa de sangue é infundida no paciente errado, pode haver culpabilização direta do profissional. Por exemplo: profissional não checou corretamente a identificação do

paciente. Pode haver também riscos e erros sistemáticos. Por exemplo: não existe protocolo de dupla checagem na instituição. Sabe-se que ao aumentar a quantidade de eventos adversos reportados melhora a prevenção e a proatividade da instituição.

A cultura de segurança não deve ser vista como um elemento abstrato, mas como algo passível de análise objetiva. Indicadores de queda, lesão por pressão, entre outros, foram desenvolvidos com o intuito de avaliar, também, a maturidade da cultura da instituição, geralmente através de questionários sobre a percepção dos colaboradores. Tais indicadores estão diretamente relacionados com a melhoria da segurança do paciente. Por exemplo, uma cultura de segurança mais forte, determinada por indicadores objetivos, se correlaciona com redução na incidência de erros com medicamentos, infecções nos cuidados assistenciais, procedimentos em pacientes trocados (BROWN; WOLOSIN, 2013). Nos próximos capítulos vamos conversar, mais detalhadamente, sobre cada meta de segurança.

Referências

ALFREDSDOTTIR, H.; BJORNSDOTTIR, K. **Nursing and patient safety in the operating room.** J Adv Nurs, 61(1): 29-37, 2008.

BROWN, D. S.; WOLOSIN, R. **Safety culture relationships with hospital nursing sensitive metrics.** J Healthc Qual, 35(4): 61-74, 2013.

FEESER, V. R.; JACKSON, A. K.; SAVAGE, N. M.; LAYNG, T. A. et al. **When Safety Event Reporting Is Seen as Punitive: “I’ve Been PSNed!”**. Ann Emerg Med, 77(4), 449-458, 2021.

GRIFFITHS, P.; MARUOTTI, A.; RECIO SAUCEDO, A.; REDFERN, O.C. et al. **Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study.** BMJ Qual Saf, 28(8): 609-617, 2019.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. **Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress.** BMJ Qual Saf, 20(4): 338-343, 2011.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY (INSAG). **Safety Culture: A report by the International Nuclear Safety Advisory Group.** Viena: INSAG; 1991.

INSTITUTE OF MEDICINE-IOM (Ann Page, ed.). **Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses.** Washington, DC: National Academies Press, 2004.

NIEVA VF, SORRA J. Safety culture assessment: **A tool for improving patient safety in healthcare organizations.** Qual Saf Health Care, 12(2): 17-23, 2003

RICHARDSON A, S. J. **Patient safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration.** International Nursing Review, 57: 12-21, 2010.

CAPÍTULO 4

META 1. IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

*Carolina Vieira Cagnacci Cardili
Andrea Cotait Ayoub
Revisão Rebraensp - Daniela Sayuri Misawa*

A garantia da identificação correta do paciente é um desafio em todos os serviços de saúde em âmbito internacional. As falhas na identificação correta do paciente ocorrem ou podem ocorrer em praticamente todos as fases de diagnóstico e tratamento do paciente e em vários setores da área da saúde. A identificação correta possui como objetivo identificar com segurança a pessoa a quem o procedimento ou o tratamento se destina. A identificação incorreta de um paciente pode resultar em eventos adversos tais como erros de medicação, erros de infusão de hemoderivados, realização de procedimentos e/ou cirurgias em pessoas erradas ou alta de bebês para famílias erradas. As intervenções e estratégias disponíveis para a Identificação Correta do paciente podem reduzir significativamente os riscos destes tipos de eventos. (JCI, 2019; ABDELLATIF, Ahmed et al 2007).

A identificação incorreta do paciente foi descrita como a principal causa raiz de diversos eventos adversos na área da saúde. Não foi ao acaso que a *Joint Commission International* (JCI) Junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) elencaram como primeira meta de segurança a melhoria da precisão da identificação do paciente em 2006, e esta continua a ser um requisito para a acreditação hospitalar. (ABDELLATIF et al 2007)

As pulseiras de identificação dos pacientes são as formas mais comumente utilizadas para o alcance desta meta de segurança. Questões como a falta de pulseiras ou informações incorretas limitam a eficácia desse processo. Os identificadores recomendáveis podem ser o nome completo do indivíduo, um número de identificação (exemplo: data de nascimento da pessoa) ou outro identificador específico da pessoa (exemplo: nome da mãe), sendo utilizado no mínimo dois identificadores. Há de se evidenciar que existem tecnologias mais recentes que melhoram a identificação do paciente, como por exemplo, o uso de código de barras ou de sistema biométrico. (JCI, 2019; ABDELLATIF et al 2007).

Dentre formas inovadoras e seguras de garantir a identificação correta do paciente, estudo que objetivou implementar um sistema biométrico na área de oncologia em um hospital na Califórnia utilizou uma tecnologia de varredura de veias das palmas das mãos do paciente de forma a garantir a entrega do tratamento correto ao paciente correto. (BASAVATIA et al 2016)

Por ser às vezes subnotificado, de forma que os profissionais de saúde nem sempre estão cientes de algum incidente relacionado a esta meta, a identificação do paciente ou sua respectiva falta podem ser ainda problemas subestimados (JCI, 2019). Observa-se também que a frequência de erros de identificação do paciente é superior em centros cirúrgicos e setores de emergência, locais onde a tomada de decisão pela equipe clínica deve ser rápida e os resultados por essa falha faz-se muitas vezes crítico (JCI, 2019). É muito importante estabelecer pelo menos dois identificadores do paciente ao realizar a sua assistência. Abaixo, o quadro com as melhores práticas na identificação do paciente.

Quadro 1. Práticas eficazes para o alcance da Meta 1: Segurança do Paciente.

	Boas práticas	Atenção
1.	Usar pelo menos dois identificadores do paciente ao administrar medicamentos, sangue e hemoderivados, ao coletar amostras de sangue e outras amostras para testes laboratoriais; e ao fornecer tratamentos ou procedimentos.	O número do quarto do paciente ou localização física não deve ser usado como um identificador
2.	Rotular os recipientes usados para coleta de sangue e outras amostras na presença do paciente.	Solicitar que o paciente confira seus dados na identificação.

<p>3.</p>	<p>Antes de iniciar a transfusão de sangue ou hemocomponente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confira os dados da bolsa de hemocomponente com a prescrição médica, o sangue ou hemocomponente com o pedido médico; - Use um processo de verificação de dois profissionais (dupla checagem) ou um processo de verificação de uma pessoa acompanhado por tecnologia de identificação automatizada, como código de barras. Para conferir a identificação correta do paciente. 	<p>A infusão de hemocomponentes é de competência do enfermeiro, sendo assim, ele deve conduzir a dupla checagem.</p>
<p>4.</p>	<p>Aos pacientes recém-nascidos (RN):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar métodos distintos de identificação aos pacientes. Os sistemas de nomenclatura distintos podem incluir o uso do nome e sobrenome da mãe e o sexo do recém-nascido. Exemplo: Silva, Juliana (menina). - Usar dois locais do corpo e/ou código de barras para identificação. - Estabelecer ferramentas de comunicação entre a equipe (Exemplo: alertando visualmente a equipe com sinalização que evidencie recém-nascidos com nomes semelhantes). 	<p>Adotar método de identificação de RN gemelares</p>

Adaptado The Joint Commission, 2019.

Entre os desafios para o alcance da identificação correta do paciente, encontra-se o rotativo número de membros da equipe que realizam a assistência ao paciente, que acarreta o aumento da probabilidade de ocorrência de problemas de comunicação e do alcance da Meta 1 de identificação correta do paciente. Além disso, a multiplicidade de profissionais de saúde faz com que o cuidado seja realizado de forma fragmentada. (VILLAR, 2020; ABDELLATIF et al 2007)

Artigo que investigou as dificuldades para implantação das estratégias de segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros gestores de hospitais universitários apresentou como resultado que o inadequado dimensionamento pessoal da equipe de enfermagem é um obstáculo no alcance das metas de segurança do paciente e uma barreira à realização do cuidado seguro e qualificado. Outro ponto importante a ser ressaltado foi a falta de apoio da alta gestão no alcance destas metas com implementação de ações concretas. Por fim, o pouco entendimento ou conscientização dos profissionais de enfermagem que atuam diretamente na assistência é refletido pela baixa adesão às metas de segurança por eles (REIS, 2019). O estudo em questão não trouxe à tona nenhuma meta específica, mas descreveu a dificuldade no alcance de todas as metas.

Ainda nesta perspectiva, estudo que teve como objetivo analisar a experiência do paciente durante a internação hospitalar, com foco na coprodução de cuidados relacionados aos protocolos de segurança do paciente, evidenciou que esses protocolos retrataram o papel dos pacientes-famílias como coprodutores do cuidado seguro. Observou-se que a identificação do paciente, assim como a higienização de mãos e medicação segura, dependeram do comportamento proativo de pacientes-famílias, pois não foi estimulada pelos profissionais. (COSTA et al. 2020).

E, para corroborar essa perspectiva, revisão de literatura que caracterizou a percepção dos pacientes frente a incidentes e eventos adversos, elencou dentre as suas categorias de análise a percepção do paciente quanto aos fatores contribuintes para o cuidado inseguro, do qual emergiram problemas relacionados à identificação do paciente, comunicação e higienização das mãos. Os pacientes foram capazes de identificar incidentes e eventos adversos relacionados à prática insegura e os problemas com a identificação do paciente estiveram presentes em seis trabalhos. Dentre eles, destaca-se um estudo mexicano que mostrou que quatro pacientes (3,1%) foram confundidos com outros. Há ainda um

outro estudo suíço que relatou que os pacientes foram confundidos com outros, tendo sido chamados pelo nome errado e recebido cuidados que não se destinavam aos mesmos (VILLAR, 2020).

Um estudo realizado sobre a avaliação do risco de erro de identificação teve como objetivo determinar a frequência de nomes e registros hospitalares de pacientes e o risco de erro na identificação decorrente da similaridade de grafia e pronúncia. Como resultado obtido, quanto à grafia idêntica, 86% decorreram no sobrenome e 96,5% de similaridade do som no primeiro nome. Com relação ao risco, houve, ao menos um dia na semana, pacientes com o primeiro nome e sobrenome idênticos, ratificando a importância da conferência da identificação correta da paciente. (TASE, QUADRADO, TROCHIN, 2018)

Independentemente da tecnologia ou abordagem utilizada para identificar os pacientes com precisão, o planejamento cuidadoso dos processos de atendimento garantirá a identificação adequada antes de qualquer intervenção e fornecerá um atendimento mais seguro com significativamente menos erros. (VILLAR, 2020; ABDELLATIF et al 2007). O envolvimento dos familiares, dos pacientes e da alta gestão das instituições no alcance da Meta 1 é imprescindível para assegurar o cuidado qualificado que tem o seu início na Identificação do Paciente.

Referências

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Communication during patient handovers: patient safety solutions**. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf?sfvrsn=7a54c664_4&ua=1)

BASAVATIA, A.; FRET, J.; LUKAJ, A.; KUO, H.; YAPARPALVI, R.; TOME, W.A. **Right care for the right patient each and every time**. *Cureus*, 8(2), 2016.

COSTA, D. G.; MOURA, G.M.S.; PASIN, S.S.; COSTA F.G.; MAGALHÃES, A.M.M. **Experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca dos protocolos de segurança do paciente**. *Rev Latino-Am de Enfermagem*, 28: e3272, 2020.

REIS, G.A.X.; OLIVEIRA, J.L.C.; FERREIRA, A.M.D.; VITURI, D.W.; MARCON, S.S.; MATSUDA, L.M. **Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores**. *Revista Gaúcha de Enferm*, 40: SPE, 2019.

TASE, T.H.; QUADRADO, E.R.S.; TRONCHIN, D.M.R. **Avaliação do risco de erro na identificação de mulheres numa maternidade pública**. *Rev Bras Enferm*, 71(1): 120-5, 2018.

THE JOINT COMMISSION (JCI). **National Patient Safety Goals Effective January 2019**. Hospital Accreditation Program, 2019.

VILLAR, V.C.F.L.; DUARTE, S.d.C.M.; MARTINS, M. **Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente**. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, 2020.

CAPÍTULO 5

META 2. COMUNICAÇÃO EFETIVA

Magda Cristina Queiroz Dell'Ácqua
Revisão Rebraensp - Ana Corrêa e Sheilla Siedler Tavares

Em todos os processos de trabalho, a comunicação estará presente e deverá ser efetiva para a segurança do paciente, família e equipe interdisciplinar.

- O ato de comunicar é de importância vital e implica em trocar mensagens.
- Comunicação é uma palavra derivada do latim “*communi-care*”, que significa tornar comum, compartilhar, participar de algo.
- Um atributo essencial em comunicação é a intencionalidade, definida como atividade direcionada a um objetivo, envolvendo, portanto, a validação.
- O processo de comunicação consiste na transmissão de informações entre um emissor e um receptor que descodifica (interpreta) determinada mensagem.
- Comunicação é uma ferramenta de integração, instrução, de troca mútua e desenvolvimento.

Fonte: (SILVA, 2002; REBRAENSP, 2013; ANVISA, 2017).

O que é a comunicação efetiva

A comunicação efetiva à luz do trabalho da equipe multiprofissional é voltada para a qualidade, a segurança na prestação de cuidados aos usuários dos serviços e a continuidade da assistência segura para melhoria dos processos de trabalho e mudanças na cultura das organizações de cuidados de saúde (ANVISA, 2017; MENDES et al, 2017).

Dentre as metas internacionais criadas pela Aliança Mundial para Segurança (2004), a Anvisa utiliza na série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, o objetivo da comunicação efetiva que destaca a *Joint Commission Resources (JCR)*:

“A meta da comunicação efetiva tem o objetivo de desenvolver de forma colaborativa uma política e/ou procedimentos para as prescrições verbais ou telefônicas e para informar resultados de exames. A recomendação de ouvir e repetir para o interlocutor a informação/ordem/prescrição recebida é considerada uma medida de segurança para garantir uma comunicação clara, precisa, completa e sem ambiguidade para o receptor” (ANVISA, 2017).

O objetivo é melhorar a efetividade da comunicação entre os prestadores de cuidado, para assistência segura, por meio de informações verbais e registradas que sejam adequadas, precisas e completas (ANVISA, 2017).

No processo da comunicação ocorrerá o compartilhamento e a compreensão das mensagens enviadas e recebidas. Desta forma, o conteúdo das mensagens influenciará o comportamento das pessoas envolvidas nesta interação no momento presente e futuro na tomada de decisões (SILVA, et al, 2000).

Reitera-se que como condição para ocorrer a comunicação efetiva entre os profissionais da saúde e/ou área oportuna, faz-se necessário ter a intenção de transmitir ou receber uma informação de forma completa e exata, anotando-a e relendo-a para o seu transmissor e a precisão dependerá da confirmação perante os dados no ato do processo comunicativo (OLINDO, 2019).

De forma alarmante os problemas de comunicação podem influenciar até 70% dos Eventos Adversos (EAs). As principais falhas de comunicação são informação que nunca foi transmitida; informação que foi dada, mas recebida de modo impreciso e informação transmitida, mas nunca recebida (JBI, 2011).

Destacam-se inúmeras situações em que será imprescindível que a comunicação efetiva ocorra e seja mantida para a continuidade do cuidado e segurança do paciente como:

- Casos de transferências de pacientes entre setores
- Transmissão de informações por telefonemas e relatos verbais diretamente entre profissionais
- Formulários e Notas de Transferência (NT) de pacientes
- Orientações verbais em situações de emergências ou urgências
- Aviso de dados alarmantes laboratoriais por via telefônica ao enfermeiro responsável e/ou à equipe médica assistente

Fonte: (MENDES et al, 2017; OLINDO, 2019)

Pela complexidade da temática e pela constatação internacional e nacional da necessidade de políticas públicas e institucionais, a Portaria nº 529 de 1º de abril 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a comunicação no ambiente dos serviços de saúde e a transferência de pacientes entre pontos de cuidado, como protocolos básicos da assistência em saúde (BRASIL, 2013).

O PNSP, no Artigo 3º, traça os objetivos específicos:

- I** - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes

áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

No Artigo 4º da PNSP, para fins desta Portaria são adotadas as seguintes definições:

I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;

II - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

III - Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;

V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização;

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional;
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança; e

VI- Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento da Cultura para Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde requer que a comunicação efetiva seja composta por atributos que são abordados como altamente relevantes e que todos os membros da equipe de assistência à saúde participem de maneira ativa e considerem durante o processo comunicativo:

- No caso da comunicação presencial, que haja o contato visual
- Escuta ativa
- Confirmação da compreensão da mensagem
- Liderança clara

- Envolvimento de todos os membros da equipe
- Discussões saudáveis de informações pertinentes
- Consciência situacional – que se refere à compreensão do ambiente atual
- Capacidade de antecipar com precisão problemas futuros

Fonte: (JOHNSON, KIMSEY, 2012)

Com esses pressupostos, espera-se manter a comunicação efetiva e não incorrer no retrabalho que seria o resultado da comunicação não efetiva, atribuindo a esta condição os encargos financeiros, os riscos e até possíveis incidentes e Eventos Adversos (EAs).

Comunicação verbal e não verbal

Estudiosos em Comunicação afirmam, citando as experiências do psicólogo Albert Mehrabian que 7% das intenções do pensamento são transmitidas por meio de palavras; 38% são os sinais paralinguísticos, como a entonação de voz e a velocidade em que as palavras são ditas e 55% são transmitidos pela linguagem corporal; como a expressão facial, gestos, a postura, o contato ocular e os demais elementos paraverbais. Assim, conclui-se que os sinais não verbais podem estar comunicando muito mais do que o verbal, por meio das palavras (SILVA, 2002).

Nessa perspectiva, a comunicação segura, intencional é considerada um método essencial para o cuidado integral e humanizado, sendo possível reconhecer e acolher de maneira empática as demandas do paciente e de sua família. A comunicação enquanto recurso de forma verbal e não verbal permite ao paciente e sua família, participarem ativamente das decisões e dos cuidados (MULLAN, KOTHE; 2010).

Registro de Enfermagem (anotação e evolução)

Pelo entendimento que a enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas para executar as atividades, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio da Resolução

nº 514 de junho de 2016, resolve propor o Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente e em outros Documentos de Enfermagem (COFEN, 2016).

Dessa forma, disponibiliza orientações sobre tais registros em prontuários e destaca que elas correspondem a 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente, sendo o prontuário documento legal do paciente e defesa dos profissionais. Portanto, os registros devem ser o mais próximo da realidade vivenciada entre pacientes, famílias e profissionais da saúde. Perante esse importante documento para a enfermagem e segurança do paciente, propondo o registro para diversas atividades e a distinção das atribuições do Enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem, recomenda-se o acesso na íntegra da Resolução 514 de junho de 2016 (COFEN, 2016).

Destaca-se também que os registros de enfermagem representam 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário e são considerados como um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal (COFEN, 2016).

Há uma distinção conceitual relativa à anotação e evolução de enfermagem. Na perspectiva legal, somente o que foi registrado pode ser considerado como executado, realizado. Dentre as atividades privativas do enfermeiro está o Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico capaz de proporcionar a avaliação clínica e o subsequente registro das ações desenvolvidas (BARROS et al, 2015).

A anotação de enfermagem é a forma de comunicação escrita para se registrar as informações sobre a assistência prestada e, assim, compartilhá-las com os membros da equipe de saúde. Ela é realizada por todos os membros da equipe de enfermagem e pode ser feita de forma gráfica, por sinal gráfico (checar ou circular) ou descritivo, sendo dispensável a replicação nos dois formatos da mesma informação (BARROS et al, 2015).

A evolução de enfermagem, etapa do PE, é o registro feito pelo enfermeiro, mediante avaliação clínica das condições e respostas do paciente frente aos cuidados prestados e resultados alcançados, após um período preestabelecido. As interpretações dos resultados registrados proporcionam ao enfermeiro manter, modificar ou suspender cuidados prescritos.

Pode ser registrada a cada 24h ou outra periodicidade de acordo com o cenário de assistência ou quando ocorrer modificação no estado do paciente (BARROS et al, 2015).

A anotação e a evolução serão realizadas durante todo processo de cuidar, perante a prestação dos cuidados, nas transferências, alta e óbito. O registro será realizado de forma distinta por cada profissional da equipe de enfermagem, atendendo os princípios legais e éticos (BARROS et al, 2015).

Passagem de plantão

A passagem de plantão é um processo importante e abrangente para a continuidade da assistência e se refere à informação específica de pacientes que foram assistidos por um profissional ou equipe e seguirá com a assistência por outro profissional ou equipe de saúde ou ainda de profissionais de saúde para pacientes e familiares quando esses vão para casa (WHO, 2007).

No processo de cuidar, para a continuidade da assistência segura, a passagem de plantão é uma atividade que requer critérios e ambiente físico adequados para que as informações clínicas relevantes sejam compartilhadas, transferidas e entregues, com precisão e em tempo hábil. Falhas na comunicação podem levar a atrasos no tratamento e diagnósticos, omissão de cuidados e Eventos Adversos (EAs) (SMEULERS, 2014).

A *Joint Commission Internacional* (JCI) instituiu a utilização de ferramentas de transferência do cuidado como estratégia, em resposta ao aumento de notificação de EAs relacionados à falha na comunicação em nível mundial (JCI, 2011).

Para favorecer o processo de comunicação verbal e escrita entre os profissionais de saúde, os instrumentos para transferência do cuidado têm por objetivo permitir que as informações sejam apresentadas de forma sistemática e sequencial, diminuindo o esquecimento de dados relevantes com vistas à minimizar os riscos de EAs (SMEULERS, 2014).

Dentre as estratégias para manter a comunicação efetiva e segura, são citadas de forma reiterada na literatura

a utilização de instrumentos padronizados, que permitam a transferência de informação de forma eficaz, objetiva e sintética (SMEULERS, 2014).

Nas passagens de turno (*handover*), entre os problemas encontrados relacionados a esta atividade são citadas com frequência a ocorrência de omissão de dados importantes, falta de precisão ou consistência da informação, interrupções e ruídos frequentes que inviabilizam a clareza da mensagem transmitida, cansaço e número inadequado de profissionais, que também concorrem para um processo de comunicação ineficaz (DEERING, 2011).

Nas instituições de saúde, as ferramentas apresentam-se de forma padronizada com representações mnemônicas em tópicos e sequências para os profissionais seguirem durante o ato da passagem, da transferência do cuidado. Há exemplos de mnemônicos para os diferentes contextos intra-hospitalar e extra-hospitalar como: Demist (equipes de ambulância), Aidet (perioperatório), SBAR (UTI, transportes), AIHICE (emergência) (LEE, 2012).

Tem sido usada com sucesso na área da saúde a ferramenta de comunicação estruturada SBAR, que foi desenvolvida pela Marinha nos EUA, para ser empregada em submarinos nucleares. Trata-se de técnica de fácil aplicação, quando a equipe é treinada. Compõe-se pelo mnemônico SBAR: *Situation* (situação), *Background* (história prévia), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendação) (SOUSA, 2019).

Comunicação de resultados críticos

Conforme descritos nos Artigos nº 39 e nº 40 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem compete ao enfermeiro comunicar ao paciente as informações relacionadas ao cuidado de enfermagem, a realização de exames e procedimentos incluindo as indicações de exames e procedimentos (COFEN, 2017).

Pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986, regulamentada no Decreto Regulamentador nº 94.406/1987 ou no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a passagem de boletim médico não consta como atribuição do enfermeiro.

O Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, estabelece que:

[...]

Art. 8º Ao Enfermeiro incumbe:

I – privativamente:

[...]

g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões mediatas;

[...]

II – como integrante da equipe de saúde:

[...]

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde [...] (BRASIL, 1987).

A Resolução Cofen nº 564/2017, sobre a conduta do profissional de enfermagem diz que:

[...]

CAPÍTULO II – DOS DEVERES

Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

[...]

Art. 39 Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e

intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

[...]

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

[...]

Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

[...]

CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES

[...]

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

[...]

Art. 81 Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente [...] (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

A atividade de elaboração e transmissão de boletim médico que atesta

prognóstico, condições de saúde, doenças e sequelas são atividades privativas do médico.

A Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da medicina, determina que:

[...]

Art. 4º São atividades privativas do médico:

[...]

X - determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico;

[...]

XIII - atestação médica de condições de saúde, doenças e possíveis sequelas; [...] (BRASIL, 2013).

Teleconsulta

A Resolução Cofen nº 634/2020 autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário a tele consulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações, com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências.

RESOLVE:

Art. 1º Autorizar e normatizar, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios de tecnologia de informação e comunicação, com recursos audiovisuais e dados que permitam o intercâmbio à distância entre o enfermeiro e o paciente de forma simultânea ou de forma assíncrona.

Art. 2º Os meios eletrônicos utilizados para a teleconsulta devem ser suficientes para resguardar, armazenar e preservar a interação eletrônica entre o enfermeiro e seu paciente, respeitando-se os preceitos estabelecidos no Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem no que tange à integridade, em todos os seus aspectos, das informações resultantes da consulta, que constituirá o registro de atendimento do paciente.

Parágrafo único. É de responsabilidade do enfermeiro e/ou da instituição de saúde, a guarda dos registros eletrônicos ou digital em prontuário/formulário específico para teleconsulta.

Art.3º A teleconsulta deve ser devidamente consentida pelo paciente ou seu representante legal e realizada por livre decisão e sob responsabilidade profissional do enfermeiro.

Art. 4º Nas teleconsultas são obrigatórios os seguintes registros eletrônicos/digitais:

I – identificação do enfermeiro e da clínica de enfermagem, se for o caso;

II – termo de consentimento do paciente, ou de seu representante legal, que pode ser eletrônico (e-mail, aplicativos de comunicação ou por telefone), na forma como consta no anexo desta resolução;

III – identificação e dados do paciente;

IV – registro da data e hora do início e do encerramento;

V – histórico do paciente;

VI – observação clínica;

VII – diagnóstico de enfermagem;

VIII – plano de cuidados; e

IX – avaliação de enfermagem e/ou encaminhamentos.

Art. 5º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial da União, com validade pelo período que durar a pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), devendo ser homologada na próxima Reunião Ordinária do Plenário do Cofen (COFEN,2020).

Comunicação em tempos de Covid-19

Este tema traz a necessidade de adaptações para que o processo comunicativo possa se dar em tempos de pandemia pela Covid-19. Durante as internações, pelas características da doença, há o afastamento do paciente impedindo-o de receber visita presencial de seus familiares e entes significativos.

As visitas virtuais surgiram como alternativa para minimizar os efeitos do afastamento e propor algum grau de comunicação e, nesta direção, os autores oferecem no documento recomendações práticas para a comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia (CRISPIM et al, 2020).

A comunicação envolve a relação entre uma pessoa e outra e ela pode se dar fisicamente ou virtualmente (CRISPIM et al, 2020).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), no Parecer nº 05/2016, proíbe a exposição de pacientes quando sedados, em coma, em salas de emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nas demais hipóteses de interação, entende que seria compreensível e possível, em especial em tempos de pandemia, que se estabeleça contato remoto (por vídeo chamadas), desde que autorizado pelo paciente e nos horários determinados pela rotina da instituição (CFM, 2016). Também já reconhece o

aplicativo *WhatsApp* como uma ferramenta de comunicação, conforme o Parecer nº 14/2017, a seguir:

O Conselho Federal de Medicina já reconhece o *WhatsApp* como uma ferramenta de comunicação, conforme o parecer a seguir:

“O *whatsapp* e plataformas similares podem ser usados para comunicação entre médicos e seus pacientes, bem como entre médicos e médicos em caráter privativo para enviar dados ou tirar dúvidas com colegas, bem como em grupos fechados de especialistas ou do corpo clínico de uma instituição ou cátedra, com a ressalva de que todas as informações passadas tem absoluto caráter confidencial e não podem extrapolar os limites do próprio grupo, nem tampouco podem circular em grupos recreativos, mesmo que composto apenas por médicos, ressaltando a vedação explícita em substituir as consultas presenciais e aquelas para complementação diagnóstica ou evolutiva a critério do médico por quaisquer das plataformas existentes ou que venham a existir” (CFM, 2017).

Considerações finais

Este capítulo tratou sobre o tema comunicação efetiva e a sintetiza com alguns pontos relevantes, conforme apresentado pela Rebraensp, (2013):

- A comunicação efetiva é bidirecional. Para que ela ocorra com segurança, é necessário que haja resposta e validação das informações emitidas. A técnica “leia de volta” (*read-back*), ou repita o que foi dito, pode ser utilizada, por exemplo, para validar as informações transmitidas na passagem de plantão entre os turnos de trabalho: o profissional anota a informação recebida e repete para a pessoa que a transmitiu, de modo a confirmar que a compreendeu corretamente.
- Todos os procedimentos, transferências, exames ou quaisquer situações que ocorram com o paciente devem ser registrados no prontuário, e o mesmo deve estar sempre na unidade onde o paciente se encontra.

- As informações devem ser registradas no prontuário de forma clara, objetiva e completa. Deve-se também garantir a legibilidade da letra do profissional.
- As siglas, símbolos e abreviaturas devem ser evitados. Utilizá-los somente quando padronizados pela instituição.
- O paciente e o acompanhante têm papel fundamental no processo do cuidado, e as informações recebidas destes devem ser valorizadas e registradas.
- Deve ser garantido o direito do paciente, ou pessoa legalmente estabelecida, de conhecer as informações que constam em seu prontuário.
- A alta hospitalar é uma etapa do cuidado em que a comunicação efetiva com o paciente e acompanhante é fundamental: ambos devem receber e compreender informações que possibilitem o autocuidado seguro e adequado no domicílio.

Referências

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Caderno 1. 2. ed. Brasília, DF: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf> Acesso em: 4 Jun. 2021.

ARANAZ, J.M.; IVORRA, F.; COMPAÑ, A.F.; MIRALLES, J.J.; et al. **Adverse events in ambulatory surgical procedures**. Cir Esp. 2008;84(5):273-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19080913/>. Acesso em: 04 jun. 2021> .

BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem: guia para a prática**. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – São Paulo. COREN-SP. 2015. p113 Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>> . Acesso em: 04 Jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil; Brasília, DF; 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> . Acesso em: 04 Jun 2021.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 11 abr. 2021.

_____. Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF, 21 set. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html> . Acesso em 11 abr. 2021.

_____. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. **Dispõe sobre o exercício da medicina**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12842.htm#:~:text=1%C2%BA%20O%20

exerc%C3%ADcio%20da%20Medicina,sem%20discrimina%C3%A7%C3%A3o%20de%20qualquer%20naturez> Acesso em 11 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e em outros documentos de enfermagem.** Resolução Cofen nº 514, de junho de 2016. Brasília: COFEN, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html > ANEXO: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>> .

CRISPIM, D; SILVA da, M.J.P; CEDOTTI, W.; CÂMARA, M.; GOMES, S.A. **Visitas Virtuais durante a pandemia do COVID-19. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia.** s/v, s.n, 2020. p.16. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Visitas-virtuais-COVID-19.pdf>> Acesso em 11 abr. 2021.

DEERING, S; JOHNSTON, L,C; COLACCHIO, K. **Multidisciplinary teamwork and communication training.** Semin Perinatol. 2011. v 35, n.2, p.89-96.

JCI. Joint Commission International. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais.** 4ª ed. Rio de Janeiro; 2011.

JOHNSON, H.L; KIMSEY, D. **Patient safety: break the silence.** AORN J. 2012. v.95, n.5, p. 591-601. DOI: 10.1016/j.aorn.2012.03.002. Disponível em : <<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.aorn.2012.03.002>> Acesso em: 4 Jun. 2021.

LEE, A,R.; JESSICA, L.; BRIAN, W,L. Sytematic **Review of Handoff Mnemonics Literature.** American Jornal of Medical Quality. 2012. p.196-204.

MARCHON, S.G. **A segurança do paciente na atenção primária à saúde.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12823/1/ve_Simone_Grativol_ENSP_2015 . Acesso em: 04 jun. 2021.

MENDES, F.R.P; GEMITO, M.L.G.P; CALDEIRA, E.C; SERRA, I.C; CASAS-NOVAS, M.V. **A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes.** Ciência Saúde Coletiva. 2017. v.22, n.3. p. 841-53. doi: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/szzqhXNrsRhRk55KqWG4zTc/?lang=pt> . Acesso em: 4 Jun. 2021.

MULLAN, B,A; KOTHE; E.J. **Evaluating a nursing communication skills training course: the relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance.** Nurse Educ Pract. 2010. v.10, n.6, p:374-78. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/325961600_Barriers_of_nurse-patient_communication_from_the_nurses'_point_of_view_in_educational_hospitals_affiliated_to_Kurdistan_University_of_Medical_Sciences> . Acesso em: 4 Jun. 2021.

OLINO, L et al. **Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência** e Modified Early Warning Score. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180341. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/WWg79Qfp8bPWc6HpQVmJLyC/?lang=pt&format=pdf> > Acesso em: 4 Jun. 2021.

REBRAENSP. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde.** Porto Alegre (RS): EDIPUCRS; 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>> Acesso em: 4 Jun. 2021.

SILVA, M.J.P.da. **Comunicação tem remédio.** São Paulo: Loyola. 2002.

SILVA, L.M.G.D; BRASIL, V.V; GUIMARÃES, H.C.Q.C.P; SAVONITTI, B.H.R.D.A; SILVA, M.J.P.D. **Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal.** Revista latino-americana de enfermagem. 2000. v.8, n.4, p.52-8.

SMEULERS, M; LUCAS, C; VERMEULEN, H. **Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients.** Cochrane Database Syst Rev. 2014.v.24,n.6. CD009979. <<https://dx.doi.org/10.1002/14651858>> . Acesso em: 4 Jun. 2021.

SOUSA, P; MENDES, W (Org.) **Segurança do paciente: criando or-**

ganizações de saúde seguras. 2.ed (revista e ampliada) – Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, FIOCRUZ, 2019. p 268 . ISBN: 978-85-8432-062-2 Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20-%20criando%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde%20seguras.pdf>> .Acesso em: 4 Jun. 2021.

WHO. World Health Organization. **World alliance for patient safety. Communication during patient hand-overs. Patient safety solutions.** 2007. v.1, n.7. Disponível em: <<https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>> Acesso em: 4 Jun. 2021.

CAPÍTULO 6

META 3. SEGURANÇA DO PACIENTE NA ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Rosangela Filipini

Vinicius Batista Santos

Revisão Rebraensp - Jenny del Carmen Arcentales Herrera

O cuidado seguro é a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” e é resultado de ações corretas dos profissionais de saúde, dos processos, sistemas e serviços adequadamente estruturados nas instituições de saúde, assim como de políticas governamentais regulatórias, o que exige um esforço coordenado e permanente. A preocupação com a segurança já se mostra implícita no modelo brasileiro de atenção à saúde que é “pautado na defesa da vida” (RUNCINAM, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2017 o terceiro desafio global para segurança do paciente: Medicação sem danos. Com isso se busca reduzir os danos graves e evitáveis com o uso de medicamentos. Cinco objetivos principais foram sugeridos: avaliar o escopo e causas dos danos evitáveis no uso de medicamentos e fortalecer sistemas de monitoramento; criar um referencial de ação e comportamento que instrua pacientes, familiares e profissionais da saúde sobre o processo de medicação; desenvolver sistemas mais seguros e tecnológicos para evitar eventos; Envolver e conscientizar parceiros como as indústrias farmacêuticas, para juntar esforços em prol da segurança e, por último, empoderar pacientes e familiares para que possam participar das decisões sobre seu tratamento (WHO, 2016; WHO, 2017; POULTER E LACKLAND, 2017; SANTOS et al, 2021). Esta campanha visa reduzir o nível de danos severos relacionados aos erros de medicação em 50% em cinco anos (DONALDSON, 2017).

Muitos são os benefícios dos medicamentos para o tratamento e resgate da saúde das pessoas, para a prevenção de doenças e para minimizar o sofrimento nos casos em que o paciente se encontra em condições graves e, muitas vezes, em quadros irreversíveis. Entretanto, para o uso seguro dos medicamentos e eficácia do tratamento, é importante que o

profissional disponha de conhecimento, ética e uso de estratégias que possam evitar e mitigar danos no manejo, na prescrição e na administração (REBRAENSP, 2013; SANTOS et al, 2021).

Os erros de medicação (EM) são definidos pela OMS como “qualquer evento evitável que possa causar ou levar ao uso inadequado de medicações ou até mesmo causar danos aos pacientes, enquanto a medicação está sob controle de um profissional de saúde, do paciente ou de um consumidor” (NCCMERP, 2021; WHO, 2021). Outras definições podem ser encontradas e falam dos erros de medicação como: falha não intencional no processo de tratamento farmacológico que leva ou tem potencial para prejudicar o paciente (EMA, 2015).

Dados mundialmente divulgados afirmam que erros de medicação são responsáveis por aproximadamente um quarto de todos os erros relacionados à assistência em saúde e uma das principais causas de morte e dano, com custo estimado de 42 bilhões de dólares anualmente em todo o mundo. (BARKER, 1982). Estudos estimam que aconteça um erro de medicação por paciente hospitalizado por dia (FAHIMI, 2009; PATEL 2010; MARKARY, 2016; DONALDSON 2017).

O processo de medicação está composto por várias etapas sendo as principais a prescrição, a dispensação, a administração e o monitoramento. No quadro abaixo destacamos os principais fatores que compõem cada fase, conforme publicado pela OMS (WHO, 2012).

Quadro 1: Etapas na administração dos medicamentos (WHO, 2012).

Prescrição	O médico deve prescrever um apropriado medicamento para uma determinada situação clínica, levando em consideração os fatores individuais do paciente. O prescritor deve selecionar a via de administração, a dose, o tempo e o regime de administração mais adequados.
-------------------	--

Dispensação	O farmacêutico irá transcrever e verificar a prescrição médica e em seguida, escolherá o medicamento e documentará o processo.
Administração	Administrar um medicamento inclui ter disponível um medicamento certo, na dose certa, para a via certa e na validade correta. A administração dos medicamentos ainda inclui a necessidade de verificar se o paciente apresenta alergias ou reações adversas aos medicamentos prescritos.
Monitoramento	Avaliar clinicamente o paciente no intuito de determinar as alterações orgânicas em decorrência do medicamento administrado.

Os erros de medicação (EM) podem ocorrer em qualquer fase do processo de gerenciamento de medicamentos, ou seja, na fase de prescrição, dispensação, administração e monitoramento. Os tipos de erros de medicação para cada fase estão listados no Quadro 2:

Quadro 2. Tipos de erros de medicação (WHO, 2012):

Prescrição	Conhecimento inadequado sobre as indicações, contraindicações, interações e incompatibilidades medicamentosas podem ocasionar uma prescrição inadequada de um medicamento.
	Falhas em considerar fatores físicos, cognitivos, emocionais e sociais, como alergias, gravidez e comorbidades podem ocasionar o erro de prescrição de um medicamento.
	Medicamento prescrito para o paciente errado.
	Medicamento prescrito na dose errada.
	Medicamento prescrito na via de administração errada.
	Medicamento prescrito na frequência errada.
	Não ter prescrito o medicamento conforme a indicação clínica.
Dispensação	Dispensação do medicamento errado (tipo de medicamento errado ou para via de administração ou dose erradas)
	Dispensação do medicamento para o paciente errado.
	Dispensação do medicamento no horário errado.
	Não ter sido dispensado o medicamento.

Administração	Medicamento administrado no paciente errado
	Medicamento administrado na dose errada
	Medicamento administrado na via de administração errada
	Medicamento administrado no horário errado
	Medicamento ter sido infundido no tempo errado
	Não administrar o medicamento
	Documentação inadequada quanto à administração do medicamento
Monitoramento	Falha de monitoramento quanto aos efeitos colaterais ou adversos após ter sido administrado um medicamento ou mesmo durante a infusão de um medicamento.

Os EM são de caráter multifatorial e podem ser desencadeados por circunstâncias que contribuem para a ocorrência dos erros. Os fatores contribuintes para o aparecimento de eventos adversos podem ser divididos em Fatores relacionados aos pacientes: diversas comorbidades, uso contínuo e simultâneo de vários medicamentos, prescrição de medicamentos realizados por mais de um médico (cópia e cola), pacientes com prejuízos cognitivos, pacientes com falhas de comunicação, pacientes inconscientes, crianças e recém nascidos e pacientes que não falam ou não entendem o mesmo idioma do profissional de saúde.

- Fatores relacionados aos profissionais: inexperiência profissional e/ou falta de conhecimento, situações de emergência, excesso de atividades, múltiplas interrupções, cansaço, falta de vigilância, falha nas rotinas de dupla checagem das medicações, falha de comunicação e de cooperação na equipe de trabalho.
- Fatores relacionados ao local de trabalho: ausência de cultura de segurança, armazenamento inadequado dos medicamentos (medicamentos com nomes similares ou aparência similar armazenados em locais próximos), ausência de sistemas eletrônicos de compartilhamento de dados clínicos dos pacientes.

- Fatores relacionados aos medicamentos: similaridades dos medicamentos quanto a grafia ou aparência, dificuldade na leitura das informações dos medicamentos (nome dos medicamentos, dose, via de administração e validade).
- Fatores relacionados aos equipamentos: conectores similares para diferentes vias de administração dos medicamentos, uso inadequado de dispositivos eletrônicos de infusão (BI)

Estratégias para redução de erros relacionados à medicação.

As estratégias para redução de danos na administração de medicamentos estão atreladas à farmacovigilância, definida como “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos (WHO, 2012).

No Brasil a Farmacovigilância responsabiliza-se pelo monitoramento de todos os eventos adversos com medicamentos, evidenciando que seus benefícios se sobrepõem a seus riscos (MARINHA DO BRASIL, 2020). Esta estratégia nacional demonstra uma necessidade de vigilâncias pontuais, assim elas devem ter uma perspectiva sistêmica que contemplem desde as agências regulatórias até os profissionais de saúde (REBRAENSP, 2013). Ainda, a regulação do uso de medicamentos por órgão legalmente constituído implica na necessidade de vigilância nos serviços de saúde e na instituição de Protocolos para o Controle de Eventos Adversos. Pode ser considerada uma primeira estratégia a ser implementada, o uso do denominado Formulário de Notificação de Reação Adversa a Medicamentos (MOURA, 2020).

Dentro das instituições de saúde, a principal estratégia é construir uma cultura de segurança, na qual o relato de erro seja visualizado como um fator de educação e prevenção de eventos adversos para o paciente, desmistificar a visão punitiva e estimular uma relação de respeito e confiança entre a equipe multiprofissional, fortalecendo a mitigação de EM.

O controle dos EM permite estabelecer indicadores de avaliação de eventos adversos. Os resultados obtidos serão avaliados sempre com o intuito de atingir as metas propostas, definidas com base na administra-

ção segura de medicamentos. (BRASIL, 2013; REBRAENSP/POLO RS, 2013; WHO, 2016).

O uso de indicadores auxilia, principalmente, na prevenção de danos no uso de medicamentos potencialmente perigosos, que durante sua administração podem provocar alterações de consciência ou instabilidade hemodinâmica do paciente. A prevenção de eventos adversos por administração de doses acima ou abaixo das prescritas são a principal razão para o cuidado seguro (BRASIL, 2019).

Os eventos de erros ou quase erros de medicação precisam ser investigados e (AMARO, 2021) são quase sempre de natureza multifatorial, envolvendo determinados profissionais inseridos no processo (WHO, 2012). Normalmente esta equipe multiprofissional é constituída por médico, enfermeiro e farmacêutico. Um estudo de revisão sistemática, analisando intervenções para reduzir o EM nos ambientes clínicos e cirúrgicos para adultos evidenciou que a integração entre os profissionais era uma boa combinação para redução dos erros. Destacam os fatores positivos das intervenções observadas: parceria farmacêutica, ter registro eletrônico de prescrição, distribuição automatizada dos medicamentos, treinamento contínuo da equipe e identificaram que a equipe de enfermagem deve se concentrar na sequência de administrar o medicamento, reduzindo a interrupção deste processo (MANIAS, 2020).

Assim, competências devem ser estabelecidas em todo o processo do uso de medicamentos. Elas reconhecem como estratégias essenciais a padronização de tecnologias de informação, educação permanente e monitoramento das práticas de medicação em todas as etapas (BRASIL, 2013). As ações serão facilitadas com a implementação de protocolos institucionais. A Anvisa reitera estas recomendações e reforça a necessidade de estabelecer um processo de análise do medicamento informatizado, facilitando o controle de todo o processo de medicação (MOURA, 2020). Através do sistema de Prontuário Informatizado a prescrição e distribuição de medicamentos é controlada, os horários podem ser aprazados pelo serviço de enfermagem, verificando a necessidade e o benefício do paciente. O sistema informatizado também possibilita rastrear todo o processo, e dos demais profissionais envolvidos: o médico prescritor, enfermeiro que aprazou e farmacêutico revisor (MOURA, 2020).

Abaixo destacamos as principais estratégias relacionadas a prevenção de erros de medicação:

Revisão técnica das prescrições

A prescrição é realizada pela equipe médica, assim, a primeira recomendação é a instituição de sistemas eletrônicos (prontuário eletrônico) e adoção de uma série de condutas, como a identificação do paciente; não usar abreviaturas; o prescritor deve colocar seu nome completo e registro do conselho profissional; identificação da instituição; data; legibilidade; denominação do medicamento de uso brasileiro; distinguir letras quando há nomes de medicamentos semelhantes, ex, DOPamina, DOBUtamina; expressão das doses; duração do tratamento; indicação, cálculos de doses e quantidade dos medicamentos; e não usar expressões vagas.

Ressaltando que grande parte dos EM são atribuídos a erros nos cálculos de doses, por isso, a prescrição deve sempre conter a diluição, velocidade de infusão e via de administração corretas.

Os serviços de saúde devem estabelecer uma relação de medicamentos, favorecendo a familiaridade com suas características por toda a equipe.

Importante implementar protocolos clínicos multiprofissionais e prescrições informatizadas que minimizem as confusões geradas por prescrições ilegíveis ou por ordens verbais/por telefone.

Preservar a saúde do profissional, pois uma prescrição errada pode estar relacionada à fadiga, doença física ou psicológica.

A análise das prescrições médicas quanto aos seus aspectos legais e técnicos constituem importante etapa na construção do cuidado inicial ao paciente.

“A revisão técnica é realizada para verificação de possíveis discrepâncias referentes às doses máxima e mínima, intervalo de administração, via de administração incompatível, interações medicamentosas graves, possibilidades de sugestão de alternativas terapêuticas para itens em falta,

duplicidade farmacêutica, dados que geram dúvida, entre outros” (RE-BRAENSP, 2013).

A não conformidade da prescrição revisada possibilita intervenção do profissional farmacêutico.

Aprazamento

O aprazamento consiste no planejamento dos horários e intervalos de administração de medicamentos, normalmente realizado pela equipe de enfermagem, e serve como a primeira revisão da prescrição.

A interação medicamentosa que resulta em reações adversas quase sempre está relacionada ao uso simultâneo de vários medicamentos, como em prescrições complexas desencadeando, possivelmente, Potenciais Interações Medicamentosas (PIMs). O aprazamento, que é de responsabilidade do enfermeiro, pode resultar em PIMs, portanto ele deve ser realizado com critérios e estar sempre atrelado ao conhecimento do medicamento (SILVA et al, 2013).

Recomendável que haja interação com a farmácia para esclarecimentos sobre o medicamento e o próprio aprazamento. Além disso, se reconhece como ideal a informatização do aprazamento juntamente com a prescrição. Vários *softwares* possibilitam checagem de interações e outras informações necessárias (SILVA et al, 2013; REBRAENSP/Polo RS; BRASIL, 2013).

Distribuição e dispensação de medicamentos

É uma atividade normalmente realizada pelo farmacêutico. Ele organiza o controle dos medicamentos desde a entrada da receita, observando se a prescrição está correta, clara e legível e se há similaridade de drogas, realizando também o processo de controle da organização do local de trabalho (WHO, 2012).

Os sistemas de distribuição podem ser organizados de modo coletivo, individualizado, misto, dose unitária ou até sistema automatizado. Assim, cada modalidade deve estabelecer estratégias de dispensação segu-

ra, como restrição ao acesso, ter um procedimento operacional estabelecido, armazenamento adequado e possuir estratégias de dispensação relacionadas à prescrição (BRASIL, 2013).

Ambiência/comunicação

O uso seguro de medicamentos é um processo que exige um ambiente com o mínimo de distração possível. Os profissionais envolvidos necessitam de tempo disponível para realizar estas ações com metas de minimizar situações de estresse (WHO, 2012; WHO, 2017)

A manipulação de medicamentos seja para dispensação ou para administração requer um ambiente limpo e seguro (boa iluminação, baixo nível de ruídos, boa ventilação, espaço físico e mobiliário/materiais adequados e uso das precauções padrão de higiene. Os medicamentos perigosos devem ser armazenados separadamente. Recomenda-se que as unidades de internação mantenham um estoque mínimo de medicamentos para os carros de emergência que ficam alocados em todas as unidades de atendimento. O gerenciamento do seu estoque (guarda, controle e reposição) sempre é realizado pela equipe de enfermagem.

Para prevenção de EM também se recomenda a implantação de sistema de suporte a decisões clínicas com emissão de alertas automatizadas para identificação de medicamentos especiais, como também para limitação do acesso a esses medicamentos. Sugere-se, inclusive, adotar medidas que facilitem a identificação na própria prescrição. Um exemplo, identificação para alergias, drogas que oferecem risco de quedas, a exemplos nas figuras 1, 2 e 3. (BRASIL, 2019; MOURA, 2020).



Figura 1. Modelo de Identificação de medicamento com alto risco de queda (MOURA, 2020).



Risco de Queda

Figura 2. Modelo de Identificação de medicamento com alto risco de queda (Fonte: MOURA, 2020).



Figura 3. Exemplos de etiquetas de alerta de uso de medicamentos (FONTE: BRASIL, 2019. BOLETIM ISMP 2019)

Relação com o paciente

A Comunicação com o paciente é uma estratégia importante de mitigação de EM. Oferecer conhecimento sobre o medicamento, seu uso, via de administração, reações adversas, são orientações que contribuem com a segurança e incentivam o autocuidado. A OMS recomenda encorajar o paciente para que tenha conhecimento e cuidado com suas medicações favorecendo a segurança no uso.

Preparo e administração de medicamento

A administração de medicamentos exige conhecimento técnico científico, da farmacologia, da anatomia, fisiologia, microbiologia, bioquímica entre outras. Familiarizar-se com o medicamento, com as suas indica-

ções, contraindicações e efeitos colaterais previne o erro e pode ser consultado rapidamente usando “ajudas de memórias” como uso de livros didáticos de bolso, farmacopeias e as tecnologias de informação com softwares específicos (BRASIL, 2013).

A etapa da administração de medicamentos é a última no processo, entretanto, é o segunda maior causa EM. Conforme explicado anteriormente, nesta etapa o erro também é multifatorial e é necessário identificar as principais causas (WHO, 2017).

É essencial o estabelecimento de protocolos específicos para o preparo e administração de medicamentos, principalmente em casos de medicamentos especiais que requerem cuidados específicos, tais como, infusão de quimioterápicos, infusão de imunoglobulinas e quando administrado por sondas enterais. (MOURA et al 2020).

Um alerta fundamental: jamais deve ser administrado um medicamento quando se tem dúvidas: se a identificação estiver confusa, descarte-o. Somente administre com 100% de certeza sobre ele. Portanto, importante criar o hábito da verificação, importante destacar que a prescrição computadorizada não suprime esta obrigação (WHO, 2012).

Uso dos 5-7-9 certos para segurança na medicação

A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os cinco certos na administração de medicamentos. Progressivamente foram acrescentados outros elementos de conferência, configurando-se em os “9 certos na administração de medicamentos”, uma excelente estratégia, que tem impacto na redução dos EM.

Os 9 certos atualmente recomendados para sua aplicação, são: Paciente certo, Medicamento certo, Via certa, Hora certa, Dose certa, Documentação certa (Registro certo), Ação certa, Forma certa e Resposta certa. Todos eles devem ser adequadamente compreendidos pelo profissional que os executa (BRASIL, 2013).

A seguir, descreve-se cada certo com os passos a serem seguidos para prevenção dos EM:

I. Paciente certo

- Pergunte ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento
- Realize a dupla checagem - paciente correto
- Verifique correspondência com o nome na pulseira, nome no leito e no prontuário.
- Baixo nível de consciência: pulseira de identificação e mais dois identificadores diferentes

II. Medicamento certo

- Confira se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito.
- Confirme o nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado.
- Conheça o paciente e suas alergias e confirme que não é alérgico ao medicamento prescrito
- Identifique os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe
- Registre todos os fatos em prontuário e notifique-os
- Conheça a composição dos medicamentos associados e identifique se o paciente é alérgico a algum desses medicamentos.

III. Via certa

- Identifique a via de administração prescrita.
- Verifique se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
- Lave as mãos antes do preparo e administração do medicamento.
- Verifique se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração por via endovenosa.
- Avalie a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipamentos, e outros).
- Identifique no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral.
- Realize a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral.
- Esclareça todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento.
- Esclareça as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. Importante: Informações sobre compatibilidade de medicamentos e produtos para a saúde utilizados na administração de medicamentos deverão estar disponíveis em manual ou em base de dados para consulta no local do preparo ou pode-se consultar o farmacêutico.

IV. Hora certa

- Prepare o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.
- Prepare o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade.
- A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderão ser feitos com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.

V. Dose certa

- Confira atentamente a dose prescrita para o medicamento.
- Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada.
- Certifique-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.
- Verifique a unidade de medida utilizada na prescrição. Em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.
- Confira a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão em caso de medicamentos de infusão contínua.
- Realize dupla checagem dos cálculos para o preparo e programa-

ção de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

- Medicações de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso.
- Solicite complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração.
- Importante: Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

VI. Registro certo da administração

- Registre na prescrição o horário da administração do medicamento.
- Cheque o horário da administração do medicamento a cada dose.
- Registre todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

VII. Orientação correta

- Esclareça dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.
- Oriente e instrua o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e

aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.

- Garanta ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

VIII. Forma certa

- Cheque se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via de administração prescrita.
- Cheque se a forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente
- Sane as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.
- A farmácia deve disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

IX. Resposta certa

- Observe cuidadosamente o paciente para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado.
- Registre em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento. Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador.
- Considere a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrados, incluindo respostas

diferentes do padrão usual. Registre todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

Finalmente, a administração de medicamentos exige uma complexidade de ações e, por esta razão, a implementação de protocolos é necessária, conforme o apresentado no Quadro 3 proposto pelo Ministério da Saúde/Anvisa, em parceria com Fiocruz e FHEMIG (BRASIL, 2013).

Quadro 3. Implementação de um POP (Procedimento operacional padrão) para administração de medicamentos, conforme recomendação do MS- protocolo.

Implementar a prática de verificação dos nove certos da terapia medicamentosa.	Discutir a prevenção das interações medicamentosas com a equipe multiprofissional (médico, farmacêutico e nutricionista).
Certificar-se de que as informações sobre o processo de medicação estejam documentadas corretamente.	Seguir o protocolo institucional quanto à verificação das prescrições na passagem de plantão
Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas.	Seguir o protocolo institucional quanto aos cuidados para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico.
Estabelecer protocolos institucionais de administração de medicamentos e atualizá-los periodicamente.	Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos que estão sob a guarda da equipe de enfermagem.

<p>Utilizar materiais e técnicas assépticas para administrar medicamentos por via intravenosa e para outras vias que exijam esse tipo de técnica.</p>	<p>Monitorar a temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos, observando-se o parâmetro mínimo e máximo de temperatura diariamente, dirimindo dúvidas com o farmacêutico</p>
<p>Registrar, conforme protocolo da instituição, todas as ações imediatamente após a administração do medicamento.</p>	<p>Organizar local adequado para o preparo de medicamentos, preferencialmente sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando.</p>
<p>O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem</p>	<p>A instituição deve disponibilizar e atualizar guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e guias de diluição de medicamentos.</p>
<p>Seguir o protocolo da instituição quanto ao preparo de pacientes para exames ou jejum que possam interferir na administração do medicamento.</p>	<p>Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.</p>
<p>Em casos de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses sem discutir conduta com o prescritor</p>	<p>Fazer consultas ao farmacêutico e em fontes de informações atualizadas e idôneas em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparo e administração.</p>

<p>Registrar adequadamente a omissão de dose e comunicar ao enfermeiro</p>	<p>Utilizar instrumentos de medida padrão no preparo de medicamentos (ex: seringas milimetradas) para medir doses com exatidão.</p>
<p>Adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação, sempre que possível.</p>	<p>Seguir os sistemas de identificação do paciente e do leito ou sala de medicação estabelecidos nos protocolos institucionais</p>
<p>Evitar, dentro do possível, interações medicamento-medicamento e medicamento-alimento quando realizar o aprazamento de medicamentos.</p>	<p>Padronizar equipamentos como bombas de infusão, limitando a variedade de opções</p>
<p>Levar ao local, no horário de administração de medicamentos, apenas o que está prescrito a um único paciente, não fazendo uso de bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes.</p>	<p>Seguir a prescrição de enfermagem para o uso de bombas de infusão para administração segura de medicamentos.</p>
<p>Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente</p>	<p>Administrar medicamento por ordem verbal somente em caso de emergência, utilizando método de dupla checagem para administração com registro por escrito da ordem verbal</p>

<p>Manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade).</p>	<p>Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito no prontuário do paciente, certificando que foi administrado ao paciente e evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional.</p>
<p>Informar ao paciente e à família sobre eventuais incidentes relacionados à terapia medicamentosa, registrando-os em prontuário e notificando-os à Gerência de Riscos e/ou ao Núcleo de Segurança do Paciente.</p>	<p>Comunicar ao paciente qual o medicamento está sendo administrado e qual a sua ação no momento da administração.</p>
<p>Devolver à farmácia as sobras de medicamentos não administrados pois estoques de medicamentos nas enfermarias são fonte importante de erros de administração</p>	

Fonte: BRASIL, 2013; P.36-37.

Treinamento

É essencial assegurar que todas as etapas da gestão de medicamentos sejam realizadas por pessoal qualificado e competente. A educação sobre medicamentos semelhantes e aqueles altamente perigosos deveriam ser ensinados desde a graduação, bem como nas capacitações de profissionais da área da saúde (REBRAENSP,2013; BRASIL, 2019).

Além disso, o farmacêutico é o profissional recomendável para oferecer informações técnicas sobre a droga, tais como estabilidade quando diluída. Neste aspecto, o conhecimento dos medicamentos e seus possíveis riscos pelos profissionais previne a ocorrência de erros que podem levar até à morte (REBRAENSP, 2013; BRASIL, 2013). Deve-se ampliar a divulgação das interações medicamentosas para profissionais da saúde e usuários de medicamentos (REBRAENSP, 2013).

O estabelecimento de saúde deve proporcionar aos profissionais, anualmente, educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos em todas as suas etapas. Para tal, ele precisa possuir uma política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo (BRASIL, 2013).

Estratégias inovadoras

Reconciliação de medicamentos

A reconciliação de medicamentos é uma atividade que busca reduzir prescrições inconsistentes, prevenindo erros, muito utilizada para pacientes que fazem uso domiciliar, possibilitando a comparação com o uso em hospital, ambulatório com o domicílio. (SANTOS et al, 2013).

Este processo deve ser utilizado nos serviços de saúde, pois garante com segurança a continuidade do tratamento, identificando os erros de prescrição e de administração.

Desta forma, a ênfase à educação continuada trabalhando com familiares e os pacientes impacta no sucesso desta estratégia (REBRAENSP/POLO RS, 2013).

“Medication time out”

Estratégias inovadoras, como a “*medication time out*”, consiste na conferência de prescrições evitando o erro de medicação ainda na etapa da prescrição. A estratégia é realizar uma leitura em voz alta da prescrição para toda a equipe multiprofissional e que permite interceptar possíveis erros ainda no momento da prescrição (SANTOS, 2021; TAINTER ET AL, 2018). Portanto, é recomendável em prescrições de múltiplos medi-

camentos que ocorrem, especialmente, em unidade de terapia intensiva.

O uso desta estratégia identificou um número considerável de EM e sua implementação exige pouco custo e deve ser ensinada à equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde (SANTOS, 2021).

Estratégias para redução de erros relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos

Além das barreiras que podem ser implementadas para garantir a segurança na administração dos medicamentos, outras recomendações devem ser adotadas, principalmente quando estão relacionados aos medicamentos considerados como potencialmente perigosos, também conhecidos como medicamentos de alta vigilância. Esses medicamentos são aqueles que apresentam um elevado risco de dano permanente ao paciente ou até a morte, caso ocorra um erro de medicação (ISPM, 2021; HAMS, 2020; ISPM, 2019).

Uma das maiores estratégias para a minimização de EM relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos é a instrumentalização e treinamento de todos os profissionais que manipulam esses medicamentos e esse treinamento se inicia com o conhecimento da lista dos medicamentos potencialmente perigosos, conforme Quadro 4 (ISPM, 2021; HAMS, 2020; ISPM, 2019).

Quadro 4. Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar

Agonistas adrenérgicos endovenosos
Água estéril
Analgésicos opioides
Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos
Antagonistas adrenérgicos endovenosos
Antiarrítmicos endovenosos
Antineoplásicos de uso oral e parenteral
Anticoagulantes

Anticoagulantes orais diretos e inibidores do fator Xa
Inibidores diretos da trombina
Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa
Trombolíticos
Bloqueadores neuromusculares
Cloreto de sódio hipertônico injetável com concentração maior que 0,9%
Glicose hipertônica com concentração maior ou igual a 20%
Inotrópicos endovenosos
Insulina subcutânea e endovenosa
Medicamentos administrados por via epidural ou intratecal
Medicamentos na forma lipossomal
Sedativos de uso oral de ação mínima ou moderada, para crianças
Sedativos endovenosos de ação moderada
Soluções cardioplégicas
Soluções para diálise peritoneal e hemodiálise
Soluções de nutrição parenteral
Sulfoniluréias de uso oral

Além dos medicamentos supracitados, destacam-se ainda os seguintes medicamentos potencialmente perigosos: cloreto de potássio concentrado injetável, epinefrina subcutânea, fosfato de potássio injetável, metotrexato de uso oral, nitroprussiato de sódio, ocitocina endovenosa, prometazina injetável, sulfato de magnésio injetável e a vasopressina endovenosa e intraóssea.

Destacamos as principais recomendações do instituto para as práticas seguras no uso de medicamentos (ISPM, 2021; HAMS, 2020; ISPM, 2019).

- Identificar os medicamentos potencialmente perigosos com etiquetas de alerta;
- recolher ampolas de cloreto de potássio concentrados das unidades;

- as conexões das seringas para medicamentos por via oral não podem ser adaptáveis aos sistemas de administração endovenosa;
- padronizar medicamentos e doses para redução da necessidade de memorização e revisar continuamente essas padronizações;
- reduzir ao mínimo o número de alternativas dos medicamentos (concentrações e volumes);
- estabelecer protocolos para o uso de determinados medicamentos potencialmente perigosos;
- centralização do preparo dos medicamentos potencialmente perigosos;
- realizar o procedimento de dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos;
- implantar sistemas de prescrição eletrônica com alertas automatizados;
- realizar treinamentos periódicos;
- divulgar a lista dos medicamentos potencialmente perigosos.

Importância da transição do cuidado na segurança medicamentosa

A segurança na administração dos medicamentos também deve incluir ações que envolvem a segurança na transição do cuidado, ou seja, os diversos locais de onde um paciente se muda ou retorna, como por exemplo, nas transferências dos pacientes entre unidades hospitalares, na alta hospitalar para seu domicílio e na admissão e transferência para instituições de longa permanência (WHO, 2019).

Algumas soluções podem ser adotadas para aumentar a segurança na administração dos medicamentos no que tange a transição dos cuidados, sendo que essa transição deve envolver pessoas, tecnologias, sistemas e processos (WHO, 2019).

Na tabela abaixo ressaltamos as principais intervenções relacionados a transição do cuidado (WHO, 2019):

**Engajamento dos
pacientes, familiares e
cuidadores**

- Pacientes orientados quanto a auto administração dos medicamentos podem auxiliar a equipe de saúde na transição do cuidado;
- Recomendado a utilização de instrumentos para orientação dos pacientes quanto a medicação, horário, efeitos colaterais e dose.
- Utilização de impressos ou dispositivos eletrônicos com o aprazamento das medicações;
- Adequada comunicação na alta hospitalar, principalmente relacionado ao horário das medicações (quais medicações o paciente recebeu naquele dia e quais ainda deve receber).

<p>Reconciliação medicamentosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esse processo consiste na transferência acurada, adequada e completa das informações das medicações do paciente nas interfaces de cuidado. • Utilizar a lista de medicações do paciente na transição do cuidado domicílio-hospital. • Realizar a lista de medicações do paciente na transição do cuidado hospital-domicílio.
<p>Informação de qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar informações em todas as transições do cuidado é essencial. • Sistemas eletrônicos unificados permitem a transmissão de informações com qualidade e segurança no que tange a transição entre os diversos níveis de cuidado (hospital, instituições de longa permanência, atendimento primário em saúde).

Alta e Intervenções após a alta hospitalar

- Diversas intervenções devem ser realizadas na alta e após a alta:
 - Planejamento da alta;
 - Reconciliação medicamentosa;
 - Revisão das medicações;
 - Instrumentos que facilitam a transição do cuidado;
 - Compartilhamento de informações envolvendo o seguimento de profissionais da comunidade e do hospital;
 - Acesso ao sistema eletrônico dos pacientes;
 - Carta de alta compartilhada entre os profissionais de saúde;
 - Educação e aconselhamento dos pacientes/ familiares e cuidadores

Referências

ALMALKI ZS, ALQAHTANI N, SALWAY NT, ALHARBI MM, ALQAHTANI A, ALOTAIBI N, ALOTAIBI TM, ALSHAMMARI T. **Evaluation of medication error rates in Saudi Arabia: A protocol for systematic review and meta-analysis.** *Medicine*, 100:9 (e24956), 2021.

AMARO, M.A.C.; SCHVEITZER, M.C.; BOHOMOL, E.. **Near miss na atenção primária à saúde e a segurança do paciente: revisão integrativa.** *Revista Nursing*, 2021; 24 (273): 5279-5283. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/675/1400>

BARKER K.N.; MIKEAL, R.L.; PEARSON, R.E. et al. **Medication errors in nursing homes and small hospitals.** *Am J Hosp Pharm* 1982; 39: 987–991.

BRASIL- ISPM Brasil. **Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos.** Boletim. Gerência de farmacovigilância da ANVISA lança pesquisa para conhecer o perfil dos notificadores de eventos adversos de medicamentos. 8(5), 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG.** 2013. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos/>

DONALDSON L.J.; KELLEY, E.T.; DHINGRA-KUMAR, N.; KIENY, M.P.; SHEIKH, A. **Medication without harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge.** *Lancet*, 389(10080):1680–1, 2017.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY. **Good practice guide on recording, coding, reporting and assessment of medication errors.** 2015. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Regulatory_and_procedural_guideline/2015/11/WC500196979.pdf. Acessado em 18 Jan 2018

FAHIMI, F.; ABBASI NAZARI, M.; ABRISHAMI; ET AL. **Transcription**

errors observed in a teaching hospital. Arch Iran Med, 12: 173–175, 2009

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES (ISMP). **High-Alert Medications in Long-Term Care (LTC).** Settings. 2021. Disponível via: <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-long-term-care-list>

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES (ISMP). **High-Alert Medications in Community/Ambulatory.** Settings. Disponível via: <https://www.ismp.org/recommendations/high-alert-medications-community-ambulatory-list>

MAKARY MA, DANIEL M. **Medical error—the third leading cause of death in the US.** BMJ 2016; 353: i2139.

MANIAS, E; KUSLJIC S; WU, A. **Interventions to reduce medication errors in adult medical and surgical settings: a systematic review.** Therapeutic Advances in Drug Safety. 2020.

MOURA, LL. **Guia farmacêutico: 2020-2021 /** Organização. Luciana Lima de Moura; Elaboração Comissão de Farmácia e Terapêutica. – Rio de Janeiro: Dep. de Farmácia do Hospital Naval Marcílio Dias, 2020.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION. ABOUT MEDICATION Erros. 2021. Disponível em: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>

PATEL I, BALKRISHNAN R. **Medication error management around the globe: an overview.** Indian J Pharm Sci, 72: 539–545, 2010.

POULTER, N.R.; LACKLAND, D. T. **Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge.** Lancet, 389 (29): 1680-1681, 2017.

REBRAENSP/PoloRs. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Estratégias para a segurança do paciente. **Manual para profissionais da saúde/Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132p

RUNCIMAN W, HIBBERT P, THOMSON R, SCHAAP TVD, SHERMAN H, LEWALLE P. **Towards an international classification for patient**

safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009 February;21(1):18–26.

SANTOS, C.O.; LAZARETTO, F.Z.; LIMA, L.H.; AZAMBUJA, M.S.; MILLÃO, L.F. **Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico.** Saúde Debate, 43 (121): 368-377, 2019.

SILVA, L.P.; MATOS, G.C.; BARRETO, B.G.; ALBUQUERQUE, D.C. **Aprazamento de medicamentos por enfermeiros em prescrições de hospital sentinela.** Texto Contexto Enferm, 22(3): 722-30, 2013.

TAINTER, C.R.; NGUYEN, A.P.; POLLOCK, K.A.; O'BRIEN, E.O.; LEE, J.; SCHMIDT, U.; et al. **The impact of a daily “medication time out” in the Intensive Care Unit.** J Crit Care., 43:366-9, 2018.

WHO. World Health Organization. **A world alliance for safer health care. Patient safety. Course: Patient Safety Solutions Topic: Improving medication safety.** 2012. Disponível: https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course11_handout.pdf

WHO. World Health Organization. **Medication Errors. Technical Series on Safer Primary Care. Medication Errors: Technical. Series on Safer Primary Care.** World Health Organization 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252274>

WHO. World Health Organization. **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety.** Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

WHO/UHC/SDS. **Medication Safety in Transitions of Care. Medication Safety in Transitions of Care Technical.** Geneva: World Health Organization 2019. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/TransitionOfCare.pdf?ua=1>

CAPÍTULO 7

META 4. CIRURGIA SEGURA

*Monica Isabelle Lopes Oscalices
Revisão Rebraensp - Elisangela das Neves Martins Luz*

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, por ano, 234 milhões de cirurgias são realizadas. Isso significa que uma a cada 25 pessoas serão submetidas a uma operação. Os procedimentos cirúrgicos possuem a intenção de salvar vidas, porém, a falha de segurança nos processos de assistência cirúrgica pode causar diversos danos aos pacientes (OMS, 2008).

Nos países desenvolvidos, cerca de 50% dos eventos adversos (em pacientes hospitalizados) estão relacionados à assistência cirúrgica (OMS, 2008). Complicações cirúrgicas significativas são relatadas em até 16% dos procedimentos cirúrgicos em pacientes internados, assim como taxa de mortalidade após cirurgias mais extensas: entre 0,5% a 5%; e taxas de incapacidade permanente ou morte em aproximadamente: 0,6%. (BOHOMOL, 2013).

Os eventos adversos associados aos procedimentos cirúrgicos merecem atenção especial, pois podem ser evitados em cerca de 43 deles. Os eventos adversos podem aumentar o tempo de permanência no hospital, o risco de óbito e elevar o custo da internação (BOHOMOL, 2013).

Quadro 1. Principais eventos adversos em intervenções cirúrgicas notificadas (ANVISA, 2019).

PRINCIPAIS EVENTOS ADVERSOS
Retenção não intencional de corpo estranho após a cirurgia
Infecções do sítio cirúrgico
Lesão por pressão (por posicionamento cirúrgico e tempo cirúrgico prolongado)
Realização de procedimentos em lado errado do corpo
Realização de procedimento cirúrgico no paciente errado

Posicionamento cirúrgico inadequado
Problemas no ato anestésico
Administração incorreta de medicamentos
Óbito ou lesão de paciente associado a queimadura durante assistência
Óbito intraoperatório ou imediatamente após em paciente ASA I

É fundamental para uma cirurgia segura que o cuidado seja centrado na pessoa e que o paciente e seu familiar possam participar da tomada de decisão e tenham ciência do procedimento, possíveis resultados e seus riscos.

O sucesso do tratamento cirúrgico depende da assistência prestada de maneira integral, individualizada e de qualidade em todos os momentos do período perioperatório, a fim de propiciar ao paciente uma recuperação eficaz e rápida. A qualidade e a segurança do paciente no centro cirúrgico são de responsabilidade de todos os profissionais na prevenção da ocorrência de eventos adversos.

Um bom desempenho de um centro cirúrgico está diretamente correlacionado a qualidade de seus processos e dos setores e serviços que o apoiam, como unidades de internação, gerenciamento de leitos, engenharia clínica, tecnologia da informação, manutenção, CME, SCIH, serviço de higienização e outros.

Cirurgias Seguras Salvam Vidas

A Organização Mundial da Saúde lançou em 2008 o Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente, através do programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, com o objetivo principal de promover a melhoria da segurança cirúrgica e reduzir a taxa de mortalidade e complicações, o qual preconizou quatro grupos de trabalho para a assistência cirúrgica segura. (OMS, 2008)

- Prevenção de infecção de sítio cirúrgico
- Segurança em anestesia
- Melhoria do trabalho em equipe

- Mensuração do cuidado através de indicadores

Na Tabela 2, estão descritos os 10 (dez) objetivos essenciais propostos pelos grupos de trabalho para as equipes cirúrgicas para a assistência segura:

Quadro 2. Objetivos para a segurança cirúrgica

Dez objetivos para a segurança cirúrgica	
Objetivo 1	Paciente certo e o sítio cirúrgico certo
Objetivo 2	Impedir danos na administração de anestésicos e proteger o paciente da dor
Objetivo 3	Reconhecer perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida
Objetivo 4	A equipe se mantém preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas
Objetivo 5	Evitar reação adversa ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente
Objetivo 6	Possuir métodos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico
Objetivo 7	Impedir a retenção de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas
Objetivo 8	Identificar precisamente todos os espécimes cirúrgicos
Objetivo 9	Manter a comunicação efetiva para a condução segura da operação
Objetivo 10	Manter vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos

Fonte: *The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives / OMS*

Esses padrões de segurança foram convertidos em itens a serem operacionalizados por meio do uso da intitulada Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (OMS). A lista de verificação, também conhecida como

check list, é uma ferramenta para assegurar que elementos de segurança sejam incorporados dentro da rotina da sala de operações, de forma simples, com ampla aplicabilidade e possibilidade de mensuração (OMS, 2008).

A fim de endossar a iniciativa global da OMS, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, lançou em 2013 o Protocolo para Cirurgia Segura a ser implementado pelos serviços de saúde como parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente, recomendando a *Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica OMS*. (PNSP) (BRASIL, 2018).

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica OMS

A Lista de Verificação visa que as equipes sigam de maneira consistente as etapas críticas de segurança, minimizando os riscos evitáveis mais comuns, elevando a taxa de bons resultados para os pacientes e evitando o ônus indevido no sistema e nos prestadores.

Recomenda-se instituir apenas um coordenador que em cada fase confirmará se a equipe cumpriu a etapa antes de proceder para a próxima. O coordenador designado geralmente é um enfermeiro, mas pode ser qualquer profissional de saúde treinado que compõe a equipe cirúrgica (OMS, 2009; COFEN, 2011).

A estrutura estabelecida para a assistência transoperatória segura em hospitais está dividida em etapas, sendo:

- I- Antes da indução anestésica (*Sign in*);
- II- Antes da incisão cirúrgica (*Time Out*);
- III- Antes do paciente sair da sala de operações (*Sign out*)

Cada etapa possui itens que devem ser verificados e confirmados, verbalmente com os membros da equipe em tom de voz alto, para garantir a execução das principais ações (OMS,2009).

- Antes da indução anestésica: tem o objetivo de confirmar a identidade do paciente e informações necessárias para a realização do procedimento correto no sítio cirúrgico correto.

Revisa alergias, dificuldades respiratórias, risco de aspiração e perdas sanguíneas significativas. (Inclui-se uma verificação dos equipamentos e das providências planejadas para casos de emergências).

- Antes da incisão cirúrgica: Possui o objetivo de confirmar informações básicas do paciente e procedimento, conferindo a esterilização adequada, a realização da antibioticoterapia profilática e a disponibilidade de exames essenciais para a consulta.
- Antes do paciente sair da sala de operações: antes da saída do paciente do centro cirúrgico, é a hora de confirmar a contagem de agulhas, instrumentos e gases cirúrgicas de acordo com a contagem inicial.

Figura 1

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

Fonte: ANVISA, 2008

Lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico

Outro ponto importante a ser destacado, é o evento adverso decorrente de lesão decorrente pelo posicionamento cirúrgico, sendo os locais de maior ocorrência a região sacral e calcâneos (Buso, 2021)

O risco pode ser avaliado com utilização da Escala de Avaliação de Risco para Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO). Essa ferramenta avalia a posição cirúrgica, o tipo de anestesia, o tempo cirúrgico, o tipo de superfície, posicionamento dos membros e as comorbidades/características do paciente. O resultado do escore final, que varia de 7 a 35 pontos (quanto maior o escore, maior o risco de o paciente desenvolver lesões), apoia a tomada de decisão do enfermeiro com relação às ações de prevenção (Moraes, 2014)

Cinco passos para uma sala de recuperação pós anestésica segura

Em 2021 a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (Sobecc) iniciou uma campanha “Cinco passos para uma SRPA Segura”. (SOBECC, 2021):

1. Transporte seguro
2. Admissão segura do paciente
3. Manutenção da integridade e segurança durante a permanência na SRPA
4. Registro de todas as ações realizadas na SRPA
5. Alta segura.

Orientações para prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus (SARS-COV2) em procedimentos cirúrgicos

Na Nota Técnica 06/2020, a Anvisa orienta sobre a prevenção e controle das infecções pelo novo corona vírus em procedimentos cirúrgicos. Nessa nota é destacada a importância de implementar ações de prevenção e controle de acordo com cada realidade local. Abaixo algumas importantes recomendações para prática segura:

- Realizar revisão da programação cirúrgica levando em consideração os riscos, prioridades e recursos, com objetivo de minimizar, adiar ou cancelar cirurgias eletivas não essenciais, endoscopias e outros procedimentos analisando a curva epidemiológica e a esta-

bilidade de casos.

- Para composição da equipe recomenda-se apenas o número de profissionais essenciais na sala operatória.
- Não permitir a atuação de qualquer profissional com sintomas de infecção por Covid-19, encaminhando o mesmo para testagem
- Realizar triagem pré-operatória dos pacientes com RT-PCR, levando em consideração que o paciente positivo tem aumento do risco de complicações pós-operatórias.
- Todos os profissionais devem ter recebido capacitação sobre higienização das mãos, uso de EPIs (paramentação e desparamentação de forma segura) com eventos simulados, com objetivo de discutir e acertos durante o atendimento do paciente.
- Evitar aglomeração, estimular a cooperação e a tolerância.
- Não utilizar máscara de tecido pois não são EPIs. Também não se deve utilizar máscara N95/PFF2 com válvula pois permite a saída de ar expirado pelo profissional que está usando esse EPI e pode contaminar o campo operatório, paciente e outros profissionais.
- Para o transporte do paciente suspeito ou confirmado de Covid-19 da sala cirúrgica ao local de internação, o profissional deverá trocar avental e luvas. Os demais EPIs devem ser mantidos até que a ação tenha sido concluída e o profissional tenha acessado local adequado para a sua desparamentação, dentro do centro cirúrgico.
- Para evitar a saída do profissional circulante de sala durante o procedimento cirúrgico, recomenda-se disponibilizar um profissional da equipe fora da sala operatória para providenciar materiais, equipamentos e insumos que sejam essenciais para o ato operatório.
- O paciente cirúrgico deverá utilizar a máscara cirúrgica, para controle de fonte, durante sua circulação para o centro cirúrgico, anestésias e para o local de internação após o procedimento.
- Considerar o uso da mesma sala de cirurgia para pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19, devido à dificuldade de descon-

taminação, minimizando a contaminação de vários ambientes do centro cirúrgico, comprometendo o funcionamento da unidade.

- Preparo da sala operatória: somente equipamentos, mobiliários e medicamentos necessários devem ser levados à sala de cirurgia. Além disso, monitores anestésicos e superfícies de equipamentos de ultrassom, entre outros, podem ser cobertos com filme plástico para diminuir o risco de contaminação e facilitar a limpeza sem danificar os equipamentos.
- Durante os procedimentos como a indução anestésica, intubação e extubação orotraqueal e procedimentos cirúrgicos com geração de aerossóis, é recomendável que o paciente permaneça em sala com pressão negativa, com filtro HEPA, que permita a filtração entre 6 e 25 vezes/hora e com a pressão negativa de pelo menos -5Pa em relação a antessala (para reduzir a disseminação do vírus para além da sala cirúrgica - ABNT 7256).
- Deve haver cuidados na intubação e na extubação orotraqueal devido ao risco de viral devendo-se restringir o quantitativo de pessoal na sala operatória (SO) durante a intubação e extubação orotraqueal e essa deve ser realizada de forma segura e adaptada ao aparelho de anestesia em sistema fechado.

Monitoramento através de indicadores de anestesia e cirurgia

Indicadores de segurança do paciente têm como objetivo identificar e monitorar eventos adversos e riscos na prestação dos cuidados de saúde que podem ocasionar consequências indesejadas aos pacientes. Abaixo seguem os indicadores de anestesia e cirurgia da ProQualis, 2020.

- Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura.
- Número de itens cirúrgicos ou fragmentos de dispositivos retidos no corpo do paciente.
- Número de cirurgias realizadas em local errado do corpo do paciente.
- Número de cirurgias realizadas no paciente errado.

- Número de procedimentos errados.
- Porcentagem de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que recebem um esquema profilático apropriado de antibióticos.
- Taxa de eventos adversos relacionados ao uso de equipamento médico.
- Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda perioperatória.
- Taxa de sepse pós-operatória.
- Taxa de mortalidade cirúrgica padronizada.
- Taxa de complicações relacionadas à anestesia.
- Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anestesiolista para tratar bloqueio neuromuscular residual, no período de recuperação.
- Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anestesiolista para tratar parada respiratória ou cardíaca, no período de recuperação.
- Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anestesiolista em virtude de temperatura abaixo de 36°C, registrada no período de recuperação.
- Taxa de pacientes pós-operatórios cuja intensidade da dor é documentada e avaliada por instrumento de avaliação válido e adequado.
- Taxa de pacientes com depressão respiratória grave durante o gerenciamento da dor aguda, que requeiram administração de naloxone.

Referências

Brasil. Organização Mundial da Saúde. **Cirurgias seguras salvam vidas: segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual – cirurgias seguras salvam vidas** [Internet]. Rio de Janeiro: ANVISA; 2009 [citado 17 set. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf

BOHOMOL E, TARTALI JÁ. **Adverse effects in surgical patients: knowledge of the nursing professionals**. Acta Paul Enferm. 2013; 26(4):376-81.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. **Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2018 ago 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html

The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives / OMS

Brasil. Protocolo de Cirurgia Segura, Ministério da Saúde. 2013

Brasil. PORTARIA Nº 529. ANVISA, Ministério da Saúde, 2013

Brasil. Organização Mundial da Saúde. **Manual de Implementação Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas**, 2009

COFEN. **Boas práticas – Cirurgia Segura**. São Paulo, 2011.

BUSO FD, FERREIRA MB, FELIX MM, GALVÃO CM, BARICHELLO E, BARBOSA MH. **Lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico e fatores associados**. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE00642. <https://www.scielo.br/j/ape/a/VPg7mpWnvhgkDVXWGWjR6hn/?format=pdf&lang=pt>

MORAES CM. **ELPO Escala de risco para desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: construção e validação**. USP, 2014. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/f9gwZMD7VZ9jVCXGVpTfc9C/?lang=pt&format=pdf#:~:text=A%20ELPO%20C3%A9%20um%20instrumento,estudos%20em%20diferentes%20contextos%20hospitalares.>

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Materiais e Esterilização. 2021. Disponível em <https://sobecc.org.br/artigo/confira-os-5-passos-para-uma-recuperao-anestesica-segura-ao-paciente>

ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 06/2020 **Orientações para Prevenção e Controle da Infecções pelo novo Coronavírus em Procedimentos**. Revisão: 29.05.2020 (COMPLEMENTAR À NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020). Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/555json-file-1>

ANVISA. **Orientações para o retorno de cirurgias eletivas durante a pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em <https://cbc.org.br/wp-content/uploads/2020/05/PROPOSTA-DE-RETOMADA-DAS-CIRURGIAS-ELETIVAS-30.04.2020-REVISTO-CBCAMIBSBASBOT-A-BIH-SBI-E-DEMAIS.pdf>

CRIADO, J.V.N.; DIAS, B.F.; DO CARMO, T.G. **Processo de implementação do protocolo de cirurgia segura**. Rev Cuba Enferm 2017;33(1): 173-89. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100019. Acesso em: 04 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº 30. Procedimentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd30.pdf. Acesso em: 04 jun. 2021.

Porcari TA, Cavalari PCF, Roscani ANCP, Kumakura ARSO, Gasparino RC. **Cirurgia segura: construção e validação de um checklist para procedimento cirúrgico ambulatorial**. Rev Gaúcha Enferm. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/vNz8GDrLCwW6NXZ-V4VHt7Tr/?format=pdf&lang=pt>

CAPÍTULO 8

META 5. HIGIENE DAS MÃOS

Andrea Cotait Ayoub

Marisa Dias Von Atzingen

Revisão Rebraensp - Paula Maria Corrêa de Gouveia Araujo

Mesmo com o advento da antissepsia, antimicrobianos e antibióticos, infecções associadas aos cuidados de saúde continuam sendo um grande desafio. De fato, dados indicam que, em países em desenvolvimento, infecções acometem até 15% dos pacientes hospitalizados e até 37% dos pacientes internados em UTI. Isso representa não só danos à saúde destes pacientes, com aumento do tempo de internação, disfunções a longo prazo e mortes, mas também o aumento da resistência bacteriana e dos custos com saúde pública e privada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Isso gerou uma meta internacional de segurança: garantir a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (Iras), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

Sabe-se que uma fonte relevante de infecções associadas aos cuidados de saúde são as mãos dos profissionais de saúde. Diversos estudos demonstraram que surtos de infecções fúngicas e bacterianas em hospitais estão relacionados a patógenos encontrados nas mãos de profissionais da saúde e que as mãos podem transmitir doenças para pacientes e contaminar objetos hospitalares (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009). As mãos humanas podem transmitir diversos patógenos, sejam eles vírus, fungos, protozoários ou bactérias, sendo alguns comuns: as bactérias *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli* *Acinetobacter spp* e os rinovírus, rotavírus, parainfluenza e o vírus sincicial respiratório (VSR). Esses organismos costumam colonizar a pele das pessoas ou objetos inanimados, e podem ser transferidos de um local para o outro através das mãos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). Um modelo que explica grande parte das contaminações intra-hospitalares é mostrado na Figura 1.

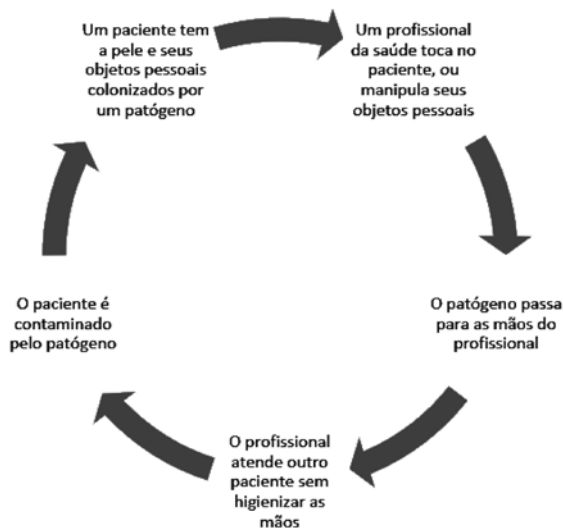


FIGURA 1: MODELO DA CONTAMINAÇÃO PELAS MÃOS

É importante destacar que a maior parte das contaminações ocorre durante atividades “limpas”, ou seja, aquelas em que não há contato com fluidos corporais como sangue, urina ou fezes. Isso porque os objetos ao entorno de um paciente colonizado ou infectado, como a roupa de cama, muitas vezes também são contaminados pelos mesmos microrganismos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Produto ideal

Diversos produtos podem ser utilizados para higiene das mãos. O mais simples é o sabonete em barra, com ou sem antisséptico, que é de baixo custo. Porém, devido ao risco de colonização das barras de sabão por bactérias, devem ser priorizados dispensadores de sabonete líquido. Outro desafio é a necessidade de associar seu uso ao da água corrente, o que requer a existência de pias próximas e ser um processo mais demorado. A segunda classe de produtos são os antissépticos: álcool e clorexidina. Cada um possui características próprias e ambos são efetivos na eliminação de patógenos que colonizam as mãos. Uma característica interessante da clorexidina é seu efeito residual, que garante a desinfecção das

mãos por um tempo mais prolongado. A ANVISA não determina qual produto, seja antisséptico ou sabonete, deve ser utilizado, porém recomenda que protocolos sejam definidos para cada instituição com base na aceitabilidade e custo-benefício. Uma recomendação trazida pelo manual de higienização da Anvisa é que:

“devido à eficácia e à facilidade de uso, as preparações alcoólicas têm sido recomendadas para uso rotineiro, quando não houver sujidade visível nas mãos”; em havendo sujidade visível, devem ser utilizados sabonete e água (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

Melhores práticas para a Higiene das mãos (técnica)

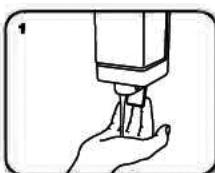
São necessários três elementos para a redução do risco de infecções através da lavagem de mãos (ROTTER, 1996): produto com eficácia antimicrobiana, técnica adequada e uso regular e nos momentos adequados.

Uma vez determinado o produto ideal, devemos tratar da técnica correta de lavagem de mãos. Em primeiro lugar, é importante manter as unhas curtas e limpas e evitar uso de adornos como anéis e pulseiras. São três as técnicas possíveis, a depender do produto utilizado:

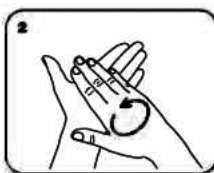
- Higienização simples: é aquela realizada com sabonete comum ou sabonete associado a um antisséptico (ex: clorexidina). A técnica é a seguinte:



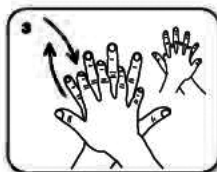
0 Molhe as mãos com água.



1 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



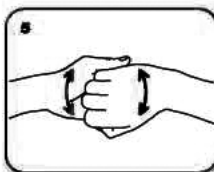
2 Ensaobie as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



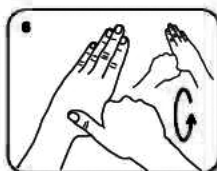
3 Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



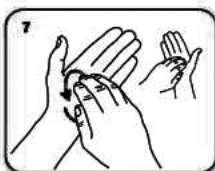
4 Entrelace os dedos e fricione os espaços interdigitais.



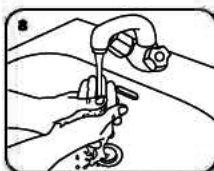
5 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



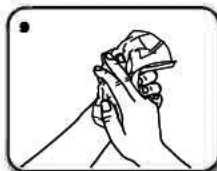
6 Esfregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



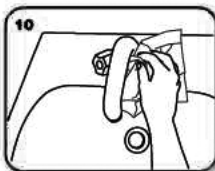
7 Fricione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



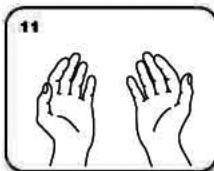
8 Enxágue bem as mãos com água.



9 Seque as mãos com papel toalha descartável.



10 No caso de toalhetas com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



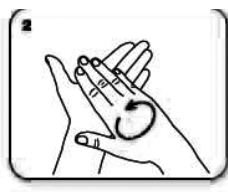
11 Agora, suas mãos estão seguras.

Fonte: Anexo 1 – Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz,2013

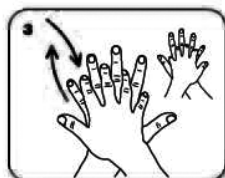
- Fricção das mãos com antisséptico: é realizada com preparações antissépticas como álcool em gel, que pode ser utilizada quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A técnica é a seguinte:



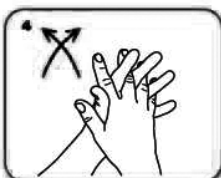
1a
1b
Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



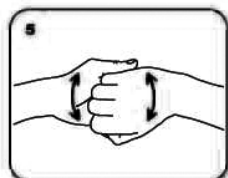
2
Friccione as palmas das mãos entre si.



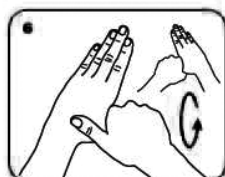
3
Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



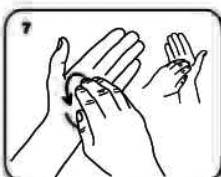
4
Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



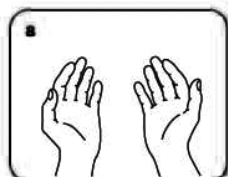
5
Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6
Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7
Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8
Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

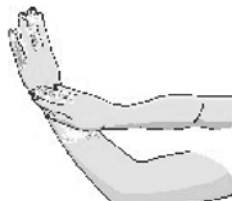
Fonte: Anexo 1 – Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde, Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013.

- Antissepsia cirúrgica: aquela realizada antes de um procedimento cirúrgico, envolvendo escovas e produtos antissépticos (ex: clorexedina). A técnica é a seguinte

- 1** *Abri a torneira e molhar as mãos, os antebraços e os cotovelos.*



- 2** *Recolher, com as mãos em concha, o anti-séptico e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos. No caso de escova impregnada com anti-séptico, pressionar a parte impregnada da esponja contra a pele e espalhar por todas as partes das mãos, antebraços e cotovelos.*



- 3** *Limpar sob as unhas com as cerdas da escova.*



- 4** *Friccionar as mãos, observando os espaços interdigitais e os antebraços, por no mínimo três a cinco minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos.*



- 5** *Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotossensor.*



- 6** *Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelos antebraços e cotovelos, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas.*



Fonte: Guia Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos, Anvisa, 2009.

Como e quando utilizar luvas

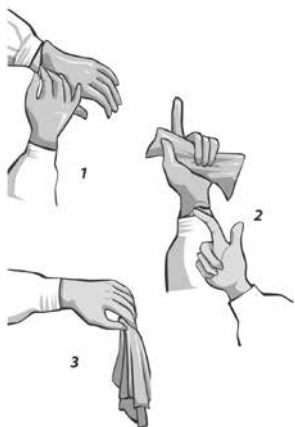
Por fim, devemos tratar sobre o uso de luvas. Ressaltamos que as luvas devem ser trocadas ao mudar de paciente, não podem ser lavadas ou reutilizadas e não substituem a higienização das mãos. As luvas devem ser utilizadas nas seguintes situações:

- Risco de contato com fluidos corporais ou pele não íntegra ou mucosas do paciente;
- Ao manipular paciente em precaução de contato;

As luvas estéreis devem ser utilizadas nas seguintes situações:

- Procedimentos cirúrgicos
- Parto vaginal
- Procedimentos invasivos
- Realização de acessos

A técnica de remoção das luvas é demonstrada a seguir:



1. Remover a primeira luva pela parte externa
2. Segurar a luva removida com a mão enluvada e retirar a luva por dentro com o indicador
3. Descartar em lixo apropriado

Fonte: Guia Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos, Anvisa, 2009.

Custos e impactos da realização da Higiene das Mãos

Como dito anteriormente, a higienização das mãos é capaz de eliminar patógenos presentes na pele. Diversos estudos demonstraram que a higiene correta contribui para a melhora de diversos parâmetros de saúde. A implementação de programas de higienização das mãos está relacionada com diminuição de infecções neonatais, redução do número de nascidos com baixo peso, redução de infecção de sítio cirúrgico, redução de pneumonia, diarreia e impetigo, tanto em ambiente hospitalar quanto comunitário (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019)

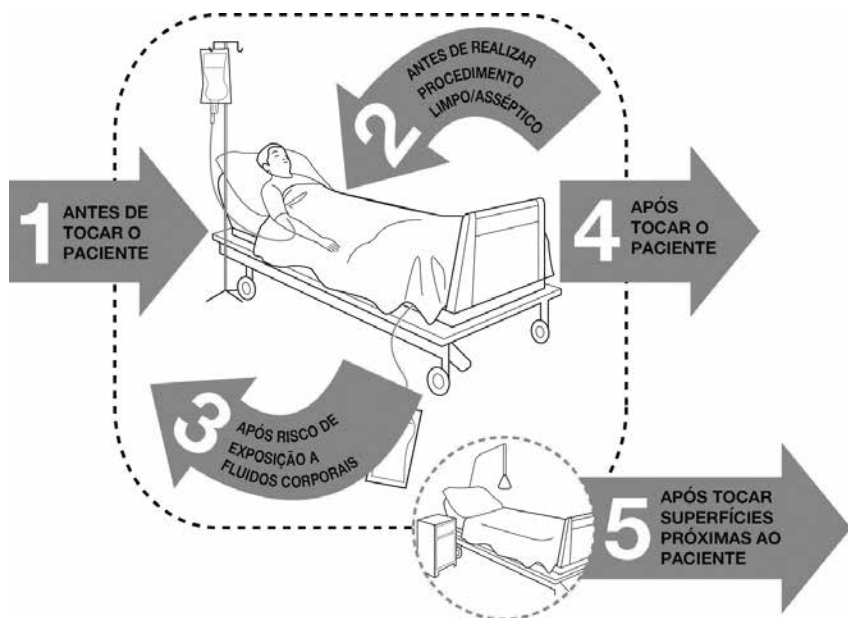
A implementação desses programas não é um processo isento de custos. Em um sistema com recursos limitados, pensar nos custos de um processo é essencial para garantir que o maior número de pessoas possível seja atendido com a melhor qualidade possível (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

Em países subdesenvolvidos, o investimento necessário para levar um suprimento seguro de água e pias para uma instituição é muitas vezes grande demais para os serviços de saúde locais. Isso torna, no curto prazo, o investimento em soluções alcoólicas uma resposta plausível. Entretanto, no longo prazo, a criação de infraestrutura adequada permite uma melhora mais significativa do serviço de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Estudos demonstram que reduções mínimas na incidência de infecções associadas a cuidados de saúde têm grandes efeitos orçamentários. Isso torna possível que a implementação de programas de higienização de mãos sejam altamente custo-efetivos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009). A título de exemplo, um estudo britânico concluiu que a cada libra esterlina gasta com soluções alcoólicas, 20 libras são economizadas em antibióticos (MACDONALD; DINAH; MACKENZIE; WILSON, 2004). Sendo assim, esses programas estão recomendados para países desenvolvidos e também em desenvolvimento.

Cinco momentos para higiene das mãos

De forma a simplificar os momentos em que as mãos devem ser higienizadas, a OMS desenvolveu uma estratégia de cinco momentos ideais para higienizar as mãos (SAX; ALLEGRANZI; UCKAY; LARSON *et al.*, 2007). Os momentos são mostrados de forma simples na figura a seguir:



Fonte: OPAS/OMS, Anvisa/MS. 2008

1. Antes de tocar o paciente: esse momento evita que patógenos presentes no ambiente de saúde contaminem o paciente. Um exemplo é quando um patógeno presente em uma maçaneta é transferido ao paciente através das mãos de um profissional.

2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico: ao entrar na área do paciente, o profissional de saúde toca em diversas superfícies. Portanto, antes de realizar algum procedimento limpo, como uma punção, injeção ou curativo, o profissional deve higienizar novamente as mãos para evitar a contaminação do sítio do procedimento

3. Após o risco de exposição a fluidos corporais: isso evita a contaminação do profissional com patógenos presentes no paciente. Quando utilizando luvas, o passo deve ser realizado após a remoção das mesmas.

4. Após tocar o paciente: depois de terminar o procedimento, o profissional pode tocar novamente o paciente por algum motivo. As mãos devem ser higienizadas novamente.

5. Após tocar superfícies próximas ao paciente: uma variante do momento 4, quando o profissional toca uma superfície próxima ao paciente ao invés do próprio paciente. As mãos devem ser higienizadas novamente.

Cabe ressaltar que estes momentos são um modelo simplificado, e devem ser adaptados para cada circunstância e procedimento, levando-se em consideração o uso de luvas estéreis, cateteres e dispositivos etc. (SAX; ALLEGRANZI; UCKAY; LARSON *et al.*, 2007).

Simplificando, as mãos devem ser higienizadas nas seguintes situações:

- Quando estiverem visivelmente sujas (lavar com água e sabão)
- Antes e depois de ir ao banheiro (com água e sabão)
- Antes e depois do contato com qualquer paciente
- Ao mudar de um sítio corporal infectado para um limpo durante um procedimento
- Antes e após colocar luvas
- Antes e depois de manipular dispositivos invasivos

As estratégias multimodais no controle de infecção (além da lavagem de mãos)

A prevenção de infecções relacionadas aos cuidados em saúde, porém, não passa somente pelo esforço individual de cada indivíduo para higienizar as mãos com técnica e no momento adequado: são necessárias ações estruturais. Para tanto foi desenvolvido a Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria das práticas de higienização das Mãos, publicada em um manual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009a).

A estratégia multimodal é composta por cinco componentes-chave:

- 1. Mudança de sistema:** fornecimento de estrutura adequada para implementar a higienização das mãos, como
 - a. Fornecimento de pias, sabonete e papel toalha
 - b. Fornecimento de antissépticos como álcool em gel em pontos de assistência (por exemplo: nos quartos dos pacientes, nos corredores)
- 2. Formação/Educação:** educar os profissionais sobre a higienização das mãos, principalmente com uso dos Cinco Momentos
- 3. Avaliação e retroalimentação (*feedback*):** avaliar por meio de dados e indicadores as práticas de higiene, a infraestrutura existente, as percepções dos colaboradores e fornecer de volta aos funcionários informações sobre os resultados e desempenho
- 4. Lembretes no local de trabalho:** lembrar os funcionários sobre a higienização das mãos por meio de cartazes, adesivos, folhetos, etc.
- 5. Clima de segurança institucional:** contempla a criação de um ambiente propício para a segurança do paciente, com participação ativa dos profissionais, parceria com pacientes, consciência individual, etc (ver mais sobre Cultura de Segurança na Introdução deste manual).

Higiene das mãos na prevenção da Covid-19

Embora a Covid-19 seja uma doença nova, o intenso escrutínio que vem sofrendo nos permite ter algumas informações importantes sobre o comportamento do vírus. Em primeiro lugar, sabemos que as partículas virais podem sobreviver em superfícies inanimadas por até 72 horas, mantendo potencial contaminante (VAN DOREMALEN; BUSHMAKER; MORRIS; HOLBROOK *et al.*, 2020). Um estudo demonstrou que, na pele humana, a partícula viral permanece viável por aproximadamente 9 horas (HIROSE; IKEGAYA; NAITO; WATANABE *et al.*, 2020).

Entretanto, evidências têm demonstrado que a principal forma de transmissão da Covid-19 é a via respiratória, ou seja, pela inalação de partícu-

las virais no contato próximo entre um indivíduo saudável e um infectado (MEYEROWITZ; RICHTERMAN; GANDHI; SAX, 2021), justificando a importância do uso de máscaras de proteção a todo momento dentro e fora do ambiente hospitalar.

A transmissão por contato com superfícies, em que uma pessoa saudável toca uma superfície contaminada e posteriormente leva as mãos aos olhos ou boca, infectando-se, ainda tem sido estudada com grande interesse. Por exemplo, estudos demonstram que indivíduos que lavam mais as mãos têm menor probabilidade de serem infectados pelo SARS-CoV-2 (RAN; CHEN; WANG; WU *et al.*, 2020). Porém, tais estudos têm um fator de confusão inerente, visto que pessoas que lavam mais as mãos também tendem a utilizar mais máscara e realizar outras medidas de prevenção (MEYEROWITZ; RICHTERMAN; GANDHI; SAX, 2021).

De qualquer forma, a higienização das mãos continua sendo proposta como uma ferramenta importante na prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2. As formulações alcoólicas (ex: álcool em gel) com pelo menos 60% de concentração de álcool demonstraram efeito satisfatório na inativação do SARS-CoV-2 (KRATZEL; TODT; V'KOVSKI; STEINER *et al.*, 2020). O CDC americano recomenda que essas formulações sejam o produto de preferência na higienização das mãos para impedir a transmissão da Covid-19, não por serem mais eficazes do que o tradicional sabonete com água, mas por serem de uso mais fácil e prático, bem como mais aceitáveis pelos profissionais de saúde (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2020)

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Hand Hygiene Recommendations. *In: CDC (Ed.). **Guidance for Healthcare Providers about Hand Hygiene and COVID-19***, 2020.

HIROSE, R.; IKEGAYA, H.; NAITO, Y.; WATANABE, N. *et al.* Survival of SARS-CoV-2 and influenza virus on the human skin: Importance of hand hygiene in COVID-19. **Clin Infect Dis**, Oct 3 2020.

KRATZEL, A.; TODT, D.; V'KOVSKI, P.; STEINER, S. *et al.* Inactivation of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 by WHO-Recommended Hand Rub Formulations and Alcohols. **Emerg Infect Dis**, 26, n. 7, p. 1592-1595, Jul 2020.

MACDONALD, A.; DINAH, F.; MACKENZIE, D.; WILSON, A. Performance feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. **J Hosp Infect**, 56, n. 1, p. 56-63, Jan 2004.

MEYEROWITZ, E. A.; RICHTERMAN, A.; GANDHI, R. T.; SAX, P. E. Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. **Ann Intern Med**, 174, n. 1, p. 69-79, Jan 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das Mãos**. Genebra: OMS, 2009a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care**. Geneva: 2009b. 9789241597906.

RAN, L.; CHEN, X.; WANG, Y.; WU, W. *et al.* Risk Factors of Healthcare Workers With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. **Clin Infect Dis**, 71, n. 16, p. 2218-2221, Nov 19 2020.

ROTTER, M. L. Hand washing and hand disinfection. *In*: MAYHALL, C. G. (Ed.). **Hospital epidemiology and infection control**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. p. 1052-1068.

SAX, H.; ALLEGRANZI, B.; UCKAY, I.; LARSON, E. *et al.* 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. **J Hosp Infect**, 67, n. 1, p. 9-21, Sep 2007.

VAN DOREMALEN, N.; BUSHMAKER, T.; MORRIS, D. H.; HOLBROOK, M. G. *et al.* Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. **N Engl J Med**, 382, n. 16, p. 1564-1567, Apr 16 2020.

CAPÍTULO 9

META 6. RISCO DE LESÕES POR PRESSÃO

*Monica Isabelle Lopes Oscalices
Vinicius Batista Santos
Revisão Rebranesp - Leila Blanes*

Para a Organização Mundial da Saúde, Segurança do Paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ligado aos cuidados em saúde (OMS, 2009).

Evento adverso é definido como uma lesão ou dano não intencional causado ao paciente pela intervenção assistencial, e não pela doença de base, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários de serviço de saúde (ANVISA, 2013).

Entre esses danos frequentes, as lesões de pele são consideradas eventos que podem trazer elevados custos financeiro e emocional para os pacientes, familiares e serviços de saúde, além de ser fator importante para a perda da saúde e agravamento de outros problemas do indivíduo (ANVISA, 2013).

O sistema tegumentar é considerado o maior órgão do corpo humano, tendo como funções a proteção mecânica, microbiológica e fisiológica. Na prática clínica é possível identificarmos diversos tipos de lesões de pele relacionadas à assistência em saúde, dentre elas destacam-se as lesões por pressão, as lesões por fricção e as lesões de pele relacionadas a adesivos médicos (BRITT, 2017).

Lesões de pele relacionadas a adesivos médicos

O termo lesões da pele relacionadas à adesivos médicos foi desenvolvido em 2013 nos Estados Unidos como *Medical Adhesive Related Skin Injury* (MARSI), quando foram definidas suas principais manifestações clínicas (MCNICHOL et al., 2013). Essas lesões são caracterizadas pela presença de eritema, vesículas e/ou bolhas na pele decorrentes de traumas, fricção, contusão, atrito, erosão, rompimento ou choque que persistem por mais de 30 minutos após a remoção dos adesivos (SANTOS, 2014).

Os adesivos médicos, incluindo uma série de tipos de fitas, curativos, eletrodos, equipamentos de ostomia facilitam a proteção, a cicatrização da ferida e o monitoramento hemodinâmico não invasivo, porém alguns pacientes podem apresentar este tipo de lesão pela própria manutenção do adesivo ou pela sua retirada inadequada. Os principais tipos de adesivos que podem causar as MARSIs estão listados no quadro a seguir (FUMAROLA, 2020):

Quadro 1.: Tipos de adesivos que podem ocasionar MARSIs

Dispositivos de acesso vascular	MARSIs podem ocorrer no local do acesso vascular durante a remoção do adesivo.
Fitas adesivas	Comum durante o fechamento dos olhos em pacientes sedados e para fixação de tubos endotraqueais, sondas de temperatura, tubos gástricos e eletrodos.
Eletrodos	O contato do eletrodo, por ser adesivo, pode causar MARSIs
Adesivo de medicação	Por ter adesivo nas bordas
Sutura cutânea adesiva	A superfície de contato com a pele desses dispositivos é adesiva
Dispositivos para estoma e bolsas de drenagem de fístulas	A remoção da pele pode ocorrer quando a bolsa do estoma é removida.
Cobertura para feridas	Muitos curativos para feridas têm uma borda adesiva para prender o curativo à pele ao redor da ferida

As principais regiões associadas ao desenvolvimento das MARSIs são a face, virilha e pescoço e estão presentes na maioria das vezes nos adesivos que fixam os tubos endotraqueais, nos filmes transparentes que fixam as linhas venosas ou arteriais e nos adesivos que fixam os cateteres urinários (FARRIS, 2015).

As MARSIs são classificadas como mecânicas, por dermatites e outras (FUMAROLA, 2020; MACNICHOL, 2016).

- o Mecânicas
 - Remoção da epiderme: quando uma ou mais camadas da pele são removidas após a retirada de qualquer adesivo.
 - Lesão por tensão ou bolha: associadas à força de movimento ou cisalhamento provocado pela interação com um produto adesivo rígido ou com algum dispositivo médico (STING, 2001).
 - Lesão por fricção: são lesões provenientes de trauma, seja por fricção, contusão, cisalhamento, resultando na separação das camadas da pele.
- o Dermatites são os tipos menos comuns de MARSIs (MACNICHOL, 2016).
 - Dermatites não alérgicas: resultantes de contato com irritante químico em uma área afetada bem definida.
 - Dermate alérgica: resultante de uma resposta imunológica a um componente dos adesivos e se caracteriza pela presença de vesícula eritematosa, a qual pode estar delimitada apenas à região de contato ou estender-se para as suas adjacências.
- o Outros tipos de MARSIs (FUMAROLA, 2020; STING, 2001)
 - Maceração resultante do acúmulo de umidade na pele. Manifesta-se pelo enrugamento da pele como coloração branca acinzentada.
 - Foliculites que se caracterizam por reações inflamatórias no folículo piloso decorrentes da presença de adesivos médicos.

Existem diversos fatores de risco para o desenvolvimento das MARSIs. No quadro abaixo destacamos os principais fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (FUMAROLA, 2020):

Quadro 2.: Fatores de risco associados a MARSI

Intrínsecos	Extrínsecos
Extremos de idade	Pele seca
Desidratação	Exposição prolongada a umidade
Desnutrição	Radioterapia
Situações clínicas que podem afetar a pele (Diabetes, Infecção, Insuficiência Renal, Insuficiência Venosa)	Uso de determinados medicamentos (anticoagulantes, agentes quimioterápicos, agentes anti-inflamatórios)
Edema	Exposição a luz ultravioleta
	Remoção de fitas adesivas e uso repetido de fitas adesivas
	Pruridos

No quadro abaixo, destacamos as principais medidas preventivas para as lesões de pele relacionados aos adesivos médicos (FUMAROLA, 2020)

Quadro 3.: Medidas preventivas à MARSI

Medidas preventivas antes de posicionar o adesivo	A pele deve ser avaliada rotineiramente em todos os pacientes antes de um adesivo aplicado.
	A avaliação da pele deve incluir: a temperatura, coloração, nível de umidade, turgor, fragilidade e integridade.
	Observar sinais locais de irritação ou danos no local onde foi aplicado o adesivo.

Medidas preventivas ao colocar o adesivo	<p>Utilizar adesivos médicos biocompatíveis, não sensibilizantes, não irritantes e não citotóxicos, conforme o local a ser aplicado, a necessidade de alta adesividade.</p>
	<p>Silicone: pode ser reposicionado, resistente à umidade, permeável, remoção atraumática da pele e hipoalergênico.</p>
	<p>Acrilato: Não é prejudicial ao tecido vivo, permite a transpiração e resistente ao calor e umidade, porém tende a causar mais lesões do que os adesivos de silicone.</p>
	<p>Hidrocolóide: pode ocorrer a perda da adesividade com o tempo, reduz a adesão com a umidade e pode causar trauma na sua retirada.</p>
	<p>Antes de aplicar os adesivos limpe a área e realize a tricotomia, evitando o uso de produtos à base de álcool.</p>
	<p>Utilizar produtos de proteção da pele antes da aplicação dos adesivos (polímero à base de água, solventes orgânicos ou barreiras de silicone).</p>
	<p>Aplicar o adesivo na pele seca, sem tensão da pele ou alongamento.</p>
	<p>Aplicar o adesivo no sentido correto da pele para permitir a movimentação da pele.</p>
<p>Aplicar suave pressão no adesivo, evitando a presença de rugas.</p>	
<p>Remover e reaplicar o adesivo caso seja recomendado pelo fabricante.</p>	

Retirada dos adesivos	Utilizar produtos que facilitem a remoção dos adesivos (removedores de adesivos com base de silicones ou a base de álcool).
	Afrouxar as bordas do produto adesivo.
	Com os dedos da mão oposta, empurrar a pele para baixo e para longe do adesivo.
	Remover suavemente o produto adesivo, mantendo-o o mais próximo possível da pele.
	Conforme o adesivo é removido, continuar movendo os dedos da mão oposta conforme necessário para apoiar a parte da pele recém-exposta.
	Curativos de película transparente sem borda podem ser removidos afrouxando um canto do curativo e esticando-o horizontalmente na direção oposta da ferida (técnica de alongamento e relaxamento).
	As tiras de fita podem ser removidas removendo lentamente cada lado em direção à ferida. Quando ambos os lados estão completamente soltos, levantar a tira do centro da ferida

Lesões por fricção (LF)

As lesões por fricção, também conhecidas como *skin tears*, são lesões da pele provocadas por cisalhamento, atrito ou trauma, resultando em separação das camadas da pele e geralmente são dolorosas e produtoras de exsudato serosanguinolento intenso (LEBLANC, 2016; SOUZA, 2021). A prevalência das LFs chega em até 22% nos ambientes hospitalares e 19,5% nos ambientes domiciliares (LEBLANC, 2016; SOUZA, 2021).

As lesões por fricção podem ser classificadas em relação à perda de tecido em (LEBLANC, 2016; SOUZA, 2021):

- Espessura parcial
- Espessura total

As LFs ocorrem principalmente nos membros superiores inferiores, dorso e glúteos (LEBLANC, 2016; PULIDO, 2015; AMARAL, 2012), sendo que em um estudo realizado em um hospital com câncer, 80% das LFs são nas extremidades dos membros superiores (AMARAL, 2012). Diversos são os fatores de risco associados às LFs e são subdivididas em fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, conforme quadro abaixo (LEBLANC, 2016; SOUZA, 2021):

Quadro 4.: Fatores de risco para Lesões por Fricção (LEBLANC, 2016; SOUZA, 2021).

Extremos de idade	Presença de equimoses
Gênero feminino	Dependente para as atividades de vida diária
Raça caucasiana	Uso de dispositivos
Imobilidade	Remoção de adesivos
Desnutrição	Problemas cardíacos, vasculares e pulmonares
História prévia de lesão por fricção	Deficiência visual
Alterações cognitivas e sensoriais	História de quedas
Rigidez dos membros	Uso de Próteses
Neuropatias	Incontinências
Múltiplas coletas de sangue	Uso inadequado de protetores de pele

As LFs são classificadas em cinco categorias conforme o sistema de classificação do *Skin Tear Audit Research (Star)*, em 2010. Esta classificação baseia-se na presença ou ausência de retalhos da pele e sua a coloração da pele, ou seja, sua viabilidade. A classificação encontra-se no quadro abaixo (LEBLANC, 2016; RAYNER, 2019; LEBLANC, 2013; STRAZZIERI, 2010):

Quadro 5. *Star Skin Tear Classification System* (RAYNER, 2019; LEBLANC, 2013; STRAZZIERI, 2010):

1a	Retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida opaca ou escurecida
1b	Retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida opaca ou escurecida.
2a	Retalho cutâneo não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.
2b	Retalho cutâneo não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida.
3	Retalho cutâneo está completamente ausente

As medidas preventivas devem ser iniciadas avaliando a presença de fatores de risco, conforme quadro 4 e, de acordo com a presença desses fatores de risco, medidas preventivas devem ser adotadas, conforme Quadro 6 (LEBLANC, 2016; SOUZA, 2021; LEBLANC 2013; STRAZZIERI, 2010; PINHEIRO, 2021; ARANHA, 2020).

Quadro 6. Medidas Preventivas das lesões por fricção

A pele deve ser avaliada rotineiramente em todos os pacientes.
A avaliação da pele deve incluir: a temperatura, coloração, nível de umidade, turgor, fragilidade e integridade.
Estimular a aceitação da dieta alimentar e ingestão hídrica.

Monitorizar os efeitos da polifarmácia na pele do indivíduo.
Orientar quanto ao risco da polifarmácia no que tange o aumento do risco de lesão por fricção.
Proporcionar um ambiente seguro que evite traumas principalmente de membros inferiores.
Orientar os pacientes e familiares para evitar tapetes e móveis nas áreas de circulação.
Avaliar os calçados quanto à segurança.
Orientar os indivíduos para evitarem o uso de vestuários que possam lesionar a pele como calças com zíper.
Implementar as medidas de prevenção para redução do risco de queda.
Instalar proteções contra trauma durante o atendimento de rotina e de vida diária.
Utilizar técnicas adequadas de transferências e reposicionamento.
Orientar cuidadores quanto a técnicas adequadas de transferência e reposicionamento.
Estofar grades das camas e cadeiras de rodas para evitar traumas de membros superiores.
Orientar as pessoas em risco para utilizarem camisas de mangas compridas, calças compridas, meias até o joelho para evitar lesões diretas na pele.
Evitar contato com costuras salientes.
Utilizar fita de remoção suave e bandagem de fixação.

Conforme um estudo de avaliação das evidências de validade de conteúdo de um *check list* de prevenção e tratamento para as lesões por fricção, em casos de desenvolvimento de LF, deve-se limpar a LF com solução salina, água ou surfactante, aplicar pressão em casos de sangramento e elevar o membro e alinhar a LF caso se mantenha o retalho cutâneo (PINHEIRO, 2021).

Lesões por Pressão (LP)

O desenvolvimento da LP pode causar danos significativos ao paciente, dificultando o processo de recuperação funcional, podendo causar dor e desenvolver outras complicações além do agravamento de seu estado de saúde. A LP está associada a um número maior de internações prolongadas, sepse, mortalidade, elevado custo financeiro, e ao aumento da carga de trabalho da equipe de saúde (OLKOSKI, 2016).

A LP é uma lesão localizada na pele ou tecidos subjacentes, secundária a um aumento de pressão externa, ou pressão em combinação com cisalhamento. Ocorre em virtude de mudanças degenerativas da pele e/ou tecido subcutâneo expostos às forças de pressão e cisalhamento sobre a proeminência óssea e pode ser classificada de acordo com a destruição tecidual, em categorias com uma variação de 1 a 4, de acordo com a gravidade (NPUAP, 2018)

Está relacionada alguns fatores de risco, tais como: imobilidade, integridade musculoesquelética alterada, uso de órteses, próteses e aparelhos restritivos, estado alterado da consciência, sensibilidade reduzida, umidade excessiva, emagrecimento, rotina de reposicionamento inadequado, superfície de apoio inadequada, sobrecarga em áreas corporais de risco, falta de higiene corporal de hidratação/proteção da pele. (WECH, 2017)

Quadro 7. Classificação de Lesões por Pressão (NPUAP, 2018)

Lesão por pressão - Estágio 1	<p>Pele íntegra com eritema que não embranquece.</p> <p>Pode parecer diferentemente em pele de pigmentação escura.</p> <p>Presença de eritema branqueável ou alterações na sensação, temperatura ou consistência podem preceder mudanças visuais.</p>
Lesão por pressão - Estágio 2	<p>Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.</p> <p>Leito da ferida viável, rosa ou vermelho, úmido, pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido. Tecido adiposo (gordura) e tecidos mais profundos não estão visíveis.</p>
Lesão por pressão - Estágio 3	<p>Perda da pele em sua espessura total.</p> <p>Tecido adiposo (gordura) é visível na úlcera.</p> <p>O tecido de granulação e a margem descolada da lesão estão frequentemente presentes.</p> <p>Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis.</p> <p>Descolamento e tunelização no leito da lesão também podem ocorrer.</p>

<p>Lesão por pressão - Estágio 4</p>	<p>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.</p> <p>Exposição ou palpação direta de tecidos como fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso na úlcera.</p> <p>Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente.</p> <p>A profundidade pode variar conforme a localização anatômica.</p>
<p>Lesão por Pressão não Estadiável</p>	<p>Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.</p> <p>Tecido em que a extensão do dano tecidual no interior da úlcera não pode ser confirmada porque está coberto por esfacelo ou escara.</p> <p>Se o esfacelo ou escara for removido, a LP poderá ser reclassificada.</p>

O Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão, publicado pelo Ministério da Saúde, preconiza medidas que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde em ambiente hospitalar. Em sua maioria, os casos de LP podem ser evitados através da identificação dos pacientes em risco, utilizando ferramentas validadas e pela adoção de medidas preventivas, seguindo seis etapas essenciais:

- avaliação de LP na admissão de todos os pacientes;
- reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LP de todos os pacientes internados;
- inspeção diária da pele;

- manejo da umidade e manutenção do paciente seco e com a pele hidratada;
- otimização da nutrição e da hidratação;
- minimização da pressão.

Quadro 8. Medidas de prevenção de lesão por pressão

Considerar os indivíduos acamados e/ou confinados a uma cadeira de rodas como estando em risco de desenvolver lesão por pressão.
Utilizar uma avaliação de risco estruturada, como a Escala de Braden, para identificar os indivíduos em risco de lesão por pressão o mais rapidamente possível.
Repetir a avaliação de risco em intervalos regulares e em qualquer alteração no estado clínico do paciente.
Inspeccionar toda a pele no momento da admissão assim que possível.
Inspeccionar a pele pelo menos diariamente para sinais de lesão por pressão, especialmente eritema não branqueável.
Avaliar os pontos de pressão, como o sacro, cóccix, nádegas, calcâneos, ísquio, trocânter, cotovelos e abaixo dispositivos médicos.
Ao inspeccionar a pele com pigmentação escura, olhar para as mudanças no tom de pele, temperatura da pele e consistência do tecido em comparação com a pele adjacente.
Utilizar produtos de limpeza da pele com pH equilibrado.
Utilizar hidratantes de pele diariamente sobre a pele seca.
Evitar posicionar um indivíduo em uma área de eritema ou lesão por pressão.
Reposicionar todos os indivíduos em risco de lesão por pressão, a não ser que contraindicado devido à condição clínica.
Determinar a frequência de reposicionamento, considerando a superfície de apoio em uso.

Avaliar a capacidade do indivíduo se alimentar de forma independente.

Incentivar todos os indivíduos em risco de lesão por pressão para consumir líquidos adequados e uma dieta equilibrada.

Avaliar a adequação da ingestão oral, enteral e parenteral.

É recomendado fazer uso de escalas para estimar o risco de lesão nos pacientes internados, proporcionando e direcionando a implementação de medidas preventivas precocemente. É necessário conhecer e estabelecer qual a escala mais acurada para avaliar o risco para LP em cada perfil de pacientes.

As escalas atualmente validadas e utilizadas no Brasil são: escala de Norton, criada em 1962. Mais tarde, na década de 1980 outras estudiosas como Waterlow, na Inglaterra e Braden, nos Estados Unidos, propuseram seus instrumentos de avaliação. (CASTANHEIRA, 2018)

A Escala de Braden avalia seis itens: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. Com exceção do último item que apresenta um escore de 1 a 3, os outros pontuam de 1 a 4. O total pode variar de 6 a 23 pontos. (CASTANHEIRA, 2018)

A Escala de Waterlow consiste na avaliação de 11 itens: relação peso/altura, avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite, medicações, subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia (superior a duas horas) e trauma abaixo da medula lombar. O escore total pode variar de 2 a 698,9. (CASTANHEIRA, 2018)

A Escala de Norton, consiste na avaliação de cinco itens: condição física, nível de consciência, atividade, mobilidade e incontinência. O valor total pode variar de 5 a 20 pontos. (CASTANHEIRA, 2018)

A prevalência de LP é um indicador de qualidade da assistência em saúde e o seu desenvolvimento está ligado diretamente com o cuidado em saúde e com a segurança do paciente. (OLKOSKI, 2016)

As taxas de prevalência e incidência de LP devem ser comparadas com dados institucionais, nacionais e/ou internacionais para uma melhor compreensão da ocorrência das LPs. (OLKOSKI, 2016)

Referências

Aranha J.S.; Silva, J.L.L.; Almeida, G.L.; Lima, V.F.; Santos, G.L.A.; Souza, R.F.; Oliveira, F.A.L.; Pereira, R.L. **Intervenções de enfermagem na prevenção de Skin Tears. Brazilian Journal of Development.** 6(6): 36849-36860, 2020.

Amaral, A.F.S.; Pulido, K.C.S.; Santos, V.L.C.G. **Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer.** Rev. Esc. Enferm USP. 46 (especial); 44-50, 2012.

Castanheira, L.S.; Alvarenga, A.W.; Correia, A.R.; Campos D.M.P. **Escala de predição de risco para lesão por pressão em pacientes criticamente enfermos: revisão integrativa.** Enfermagem em Foco, 9 (2): 55-61, 2018.

Farris, M.K.; Petty, M.; Hamilton, J.; Walters, S.A.; Flynn, M.A. **Medical adhesive-related skin injury prevalence among adult acute care patients: a single-center observational study.** J Wound Ostomy Continence Nurs. 42(6):589-98, 2015.

Fumarola, S.; Allaway, R.; Callaghan, R.; Collier, M.; Downie, F.; Geraghty, J.; Kiernan, S.; Spratt, F. **Overlooked and underestimated: medical adhesive-related skin injuries. Best practice consensus document on prevention.** J Wound Care, 29(Suppl 3c):S1-S24, 2020

LeBlanc, K.; Baranoski, S.; Christensen, D.; Langemo, D.; Edwards, K.; Holloway S., et al. **The Art of Dressing Selection: A Consensus Statement on Skin Tears and Best Practice.** Adv Skin Wound Care, 29(1):32-46, 2016.

LeBlanc, K.; Baranoski, S.; Christensen, D.; Langemo, D.; Sammon, M.A.; Edwards, K.; et al. **International Skin Tear Advisory Panel: a tool kit to aid in the prevention, assessment, and treatment of skin tears using a Simplified Classification System®.** Advances in skin & wound care, 26(1):459-76, 2013.

McNichol, L.; Lund, C.; Rosen, T.; Gray, M. **Medical adhesives and patient safety: state of the science: consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries.** J Wound Ostomy Continence Nurs, 40(4):365-80, 2013.

Macnichol. L.; Bianchi, J. **MARSI - Medical adhesive-related skin injuries - Made easy.** Disponível em: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/medical-adhesive-related-skin-injuries-marsi-made-easy>.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. 2019.** Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/127/956e02196892d7140b9bb3cdf116d13b.pdf

Olkoski, E.; Assis, G.M. **Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa.** Esc. Anna Nery, 20 (2): 363-369, 2016.

Pulido, K.C.S.; Peres, G.R.P.; Gonçalves, T.C.; Campinili, F. **Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática.** Rev Esc Enferm USP, 49(4):674-80, 2015.

Pinheiro, R.V.; Salomé, G.M.; Miranda, F.D.; Alves, J.R.; Reis, F.A. Mendonça A.R. **Algoritmos para prevenção e tratamento de lesão por fricção.** Acta Paul Enferm, 34:eAPE03012, 2021.

Rayner, R.; Carville, K.; Leslie, G.; Dhaliwal, S.S. **A risk model for the prediction of skin tears in aged care residents: A prospective cohort study.** Int Wound J, 16(1):52-63, 2019.

Santos E.I. **Skin tear treatment and prevention by nurses: an integrative literature review.** Rev Gauch Enferm, 35 (2): 142-149, 2014, 2014.

3M. **Reducing The Risk Of Superficial Skin Damage Related To Adhesive Use.** Disponível em: <https://multimedia.3m.com/mws/media/1140950/reducing-adhesive-trauma-problem-solution.pdf>

Souza L.M.; Teixeira, G.S; Silva, D.M.; Ruiz, L.S.; Coppola, I.S.; Meirelles, L.C.S. **Prevalence of skin tears in hospitalized adults and older adults.** Rev Esc Enferm USP, 55:e03683, 2021.

Strazzieri-Pulido, K.C. **Adaptação cultural e validação do instrumento STAR Skin Tear Classification System, para a língua portuguesa no Brasil** [dissertação]. São Paulo: USP;2010.

Wechi, J.S.; Amante, L.N.; Salum N.C.; Matos, E.; Martins, T. **Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão.** Estima-Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, 15 (3): 145-151, 2017

CAPÍTULO 10

META 7. RISCO DE QUEDA

*Carolina Vieira Cagnacci Cardili
Revisão Rebraensp - Tatiane Fernandes Alves*

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as quedas se caracterizam pelo “deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil”. (OMS, 2016)

Em outras palavras a queda pode ser definida como:

Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário. (ANVISA, 2013).

A taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos varia entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Segundo os autores, as quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação (ANVISA, 2013).

Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito (BOUSHON, 2013). A queda pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba por aumentar o risco de nova queda.

Pacientes hospitalizados com história de quedas, idade avançada, comprometimento cognitivo, uso de sedativos e antidepressivos, instabilidade de marcha, confusão, agitação psicomotora e incontinência urinária mostraram-se como fatores de risco para quedas. (DEANDREA, 2013; OLIVER, 2004). Características ambientais, como o uso de carpete, por

exemplo, também mostraram ser fatores de risco de nos pacientes que apresentam vertigem, amputação, confusão mental, deficiência cognitiva, acidente vascular encefálico, distúrbios do sono, uso de medicamentos como anticonvulsivantes, tranquilizantes, anti-hipertensivos e aqueles que já tiveram quedas anteriores (VIEIRA, 2011), (CAMERON, 2018).

A hospitalização por si só aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares. A realização de procedimentos terapêuticos que ocasionam limitações de mobilidade temporária e/ou uso de dispositivos (sondas, cateteres e fios de monitorizações), como as múltiplas prescrições de medicamentos, dificultam a percepção e mobilidade do paciente, aumentando o risco. (KRUSCHKE, 2017).

Quedas em idosos são eventos comuns que podem causar perda de sua independência, lesões e até a morte. Desta forma, intervenções para a redução de quedas são de grande valia. Milhões de indivíduos caem, sendo que um a cada cinco casos apresenta lesões e pode até resultar em mortes. Além disso, a chance de um idoso apresentar uma nova queda dobra a partir de um primeiro evento (Kruschke C, 2017). Os custos dos eventos relacionados a quedas são altos e não foi ao acaso que a prevenção de quedas elenca o rol das metas de segurança do paciente.

Estudo prospectivo realizado em 528 lares de idosos na Alemanha demonstrou que aproximadamente 75% das quedas ocorreram nos quartos ou em banheiros, sendo 41% durante as transferências e 36% durante a caminhada. A taxa de queda foi maior em homens (2,8 quedas por pessoa/ano) do que mulheres (1,49 quedas por pessoa/ano). (BECKER, 2012). Estudo de Lord (2003) evidenciou que as taxas de incidência de quedas foram menores em pessoas mais frágeis que não conseguiam se levantar de uma cadeira ou ficar de pé sem auxílio. Ainda neste grupo, a maior idade, o sexo masculino, maiores classificações de complexidade de cuidados, diagnóstico de incontinência, uso de psicotrópicos e quedas anteriores estiveram associados ao aumento das quedas (LORD, 2003; CAMERON, 2018).

A mortalidade associada às quedas em hospitais e instituições de longa permanência é considerável. As quedas são tidas como a causa mais comum de morte por causa externa em instituições de longa permanência

(IBRAHIM, 2015). A maior parte das ocorrências de quedas são causadas por uma combinação complexa de fatores de risco no momento de cada evento de queda. As principais intervenções na prevenção deste evento incluem exercícios, medicamentos (análise de medicamentos), uso de vitamina D, ambiente adequado e/ou uso de tecnologias assistenciais (ex. uso de camas baixas), intervenções no que se refere ao treinamento da equipe assistencial; intervenções educacionais de familiares e pacientes e intervenções multifacetadas, por exemplo avaliação dos fatores de risco de queda de uma pessoa. (CAMERON, 2018)

Avaliação do Risco de Queda

Para a redução do risco de queda, os serviços devem avaliar o risco de quedas do paciente e implementar medidas para reduzi-las, assim como tomar as devidas providências quando ela ocorrer. A avaliação do risco de quedas pode usar de estratégias que incluam a pesquisa de histórico de quedas; revisão de medicamentos; avaliação da marcha e equilíbrio; uso de dispositivos de locomoção como andadores e bengalas e avaliações do ambiente. (JCI, 2020)

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente (com prazo máximo de 24 horas, dependendo das condições clínicas e procedimentos agendados), com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição (BOUSHON, 2013).

Esta avaliação deve ser repetida a cada 24 horas ou sempre que houver mudança do estado clínico, mudança do ambiente (como troca de quarto, introdução de novo equipamento e/ou mobiliário, mudança de unidade), ocorrência de episódio de queda, até o momento da alta hospitalar do paciente (BOUSHON, 2013).

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas.

As escalas de avaliação utilizadas com maior frequência no Brasil e internacionalmente são: Morse (MORSE, 1989; AHRQ, 2016) e *St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)* (OLIVER, 1997; AHRQ, 2016). Essas duas escalas possuem semelhanças quanto à graduação dos fatores que predispõem à queda e permitem, portanto, clas-

sificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda.

A Escala de Queda de Morse (*Morse Fall Scale*) foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira em 2013. as demais escalas existentes não são de acesso livre, sendo necessária autorização dos autores para sua utilização (URBANETTO et al, 2013).

A avaliação do risco de quedas em adultos pode ser avaliada por meio da Escala de Queda de Morse e considera seis critérios para o risco de quedas: 1. Histórico de quedas; 2. Diagnósticos secundários; 3. Auxílio na deambulação; 4. Terapia Intravenosa/uso de dispositivos endovenosos; 5. Marcha; e 6. Estado Mental, sendo que quanto maior o escore, maior o risco para quedas (URBANETTO et al, 2013).

Quadro 2. Morse Fall Scale – Br. (URBANETTO et al, 2013)

<i>Morse Fall Scale - Versão original</i> ¹⁾	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. History of falling	1. Histórico de quedas	
No	Não	0
Yes	Sim	25
2. Secondary diagnosis	2. Diagnóstico Secundário	
No	Não	0
Yes	Sim	15
3. Ambulatory aid	3. Auxílio na deambulação	
None/Bed rest/Nurse assist	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
Crutches/Cane/Walker	Muletas/Bengala/Andador	15
Furniture	Mobiliário/Parede	30
4. Intravenous Therapy/Heparin lock	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
No	Não	0
Yes	Sim	20
5. Gait	5. Marcha	
Normal/Bed rest/Wheelchair	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
Weak	Fraca	10
Impaired	Comprometida/Cambaleante	20
6. Mental status	6. Estado Mental	
Oriented to own ability	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
Overestimates/forgets limitations	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

A importância de se avaliar o risco de quedas é fundamental para realização de medidas preventivas. A conscientização da população é uma das estratégias que devem ser desenvolvidas, para que esse evento tão frequente não seja apenas tratado após a sua ocorrência e sim trabalhar no sentido de implementar ações preventivas, barreiras de segurança, gerenciamento de riscos, proporcionando o cuidado centrado na necessidade do indivíduo, respeitando suas potencialidades, trabalhando ações de educação em saúde , envolvendo o paciente e sua família, planejando

desta forma uma melhor qualidade de vida, assim como uma redução nos gastos destinados ao tratamento das consequências das quedas.

Boas práticas para redução do risco de quedas

No quadro abaixo destacamos as principais intervenções para redução do risco de quedas.

Quadro 1. Práticas eficazes para o alcance da Meta 6. Redução do risco de quedas.

	Boas práticas	Atenção
1.	Avaliar o risco de queda do paciente.	Pesquisar histórico de quedas; revisar medicamentos em uso; avaliar marcha e equilíbrio; uso de dispositivos de locomoção como andadores e bengalas e avaliações do ambiente. Aplicar instrumentos que avaliem o risco de queda: Escala de Morse para adultos e Escala de Humpty Dumpty para as crianças.
2.	Implementar intervenções com base no risco avaliado do paciente (e o seu contexto) para redução de quedas.	
3.	Educar a equipe sobre os protocolos institucionais para a redução de quedas.	
4.	Educar o paciente e a sua família sobre as estratégias institucionais e individuais para a redução de queda.	

5.	Avaliar a eficácia de todas as atividades de redução de queda.	Exemplos: uso de indicadores de incidência de quedas e avaliação das quedas que apresentem lesões. Monitoramento de adesão ao protocolo de prevenção de queda.
----	--	--

Fonte: Adaptado The Joint Commission, 2020.

Importância	Intervenções
CUIDADOS UNIVERSAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS PROATIVIDADE (Equipe multidisciplinar)	Atender e programar as necessidades de ajuda: ida ao banheiro, troca de fraldas, uso de papagaio ou comadre.
	Movimentação da cama para a poltrona (com transfer, elevador de pacientes ou em duas pessoas).
	Avaliar continuamente a possibilidade de retirada de dispositivos (desinvasão).
AMBIENTE SEGURO (Infraestrutura)	Deixar a campainha, mesa auxiliar, telefone e outros itens utilizados com frequência ao alcance do paciente.
	Manter o chão limpo e seco.
	Manter área livre para deambulação.
	Manter o ambiente organizado.
	Propiciar iluminação adequada e utilizar “luz noturna”.
Manter a cama baixa e travada.	
Manter as grades superiores da cama elevadas.	

EDUCAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO (Família)	Informar ao paciente e familiares sobre o risco e cuidados necessários para evitar uma queda.
	Evitar deixar o paciente sozinho.
	Comunicar a enfermagem sempre que precisar se ausentar.
	Solicitar ajuda para movimentar o paciente
	Orientar quanto ao uso de sapatos adequados, roupas de tamanho e ajuste adequados.
Orientar paciente/família da disposição e funcionamento dos móveis e equipamentos no quarto e localização do banheiro.	

Prevenção de quedas em pacientes pediátricos

Em pacientes pediátricos, a ocorrência de quedas se relaciona às habilidades motoras das crianças que variam de acordo com a sua faixa etária, pela incapacidade de avaliar os riscos relacionados a quedas pela equipe, pela curiosidade inata e comportamentos desafiadores das crianças e pela utilização incorreta de equipamentos. As quedas costumam ser mais frequentes em meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos deixados no chão e acontecem majoritariamente na presença dos pais. (BORDALO et al 2013; POLL, 2014)

As condições ambientais, tais como leitos inadequados à idade da criança, grades destravadas, salas de jogos, determinados brinquedos e comportamento de risco dos pais que deixam esquecidas as grades laterais baixas enquanto a criança está sozinha proporcionam também maiores riscos de quedas em crianças (Paiva, 2021). Os profissionais da área da saúde, em destaque os profissionais de enfermagem, são fundamentais na vigilância da criança hospitalizada e devem ser capacitados quanto aos fatores de risco de queda e melhores práticas, mitigando assim possíveis quedas (CAMPOS, 2019).

Revisão que objetivou identificar as intervenções de enfermagem na prevenção de quedas em idade pediátrica durante o internamento hospitalar quanto os instrumentos de avaliação do risco de queda em pediatria, mapeou sete artigos que concluíram que a educação direcionada às crianças e famílias foi fundamental para as intervenções, referentes aos principais instrumentos de avaliação do risco de queda em crianças, foram identificadas as seguintes escalas: Humpty Dumpty Falls Scale, Graf Pif, Cummings, I'm Safe e Champs. (Brás, 2020)

A Escala de Humpty Dumpty foi criada baseada na análise registos de enfermagem de um estudo realizado em um hospital pediátrico americano, com 153 crianças que sofreram queda durante um ano. As crianças que caíram mais tinham idade menor de três anos e superior a 13 anos, estiveram internadas devido doença neurológica (convulsões), doenças respiratórias (asma) e doenças gastrointestinais (desidratação ou vômitos). A escala Humpty Dumpty avalia: 1. Idade; 2. Sexo; 3. Diagnóstico; 4. Deficiências cognitivas; 5. Fatores ambientais; 6. Tempo de pós-operatório e 7. Consumo de medicamentos. O escore desta escala varia entre 7 e 23 pontos, sendo que quanto maior o escore, maior o risco de quedas. Crianças com escore ente 7 e 11 pontos possuem baixo risco de quedas, acima de 12 pontos, alto risco de quedas (BRÁS, 2020).

Ferramenta de Avaliação de Risco de Quedas Escala Humpty Dumpty (RODRIGUES, ESA, 2020)

Para avaliação de cada parâmetro, você deverá escolher apenas um critério.

Parâmetro	Critérios	Pontuação (circule)
Idade	Recém-nascidos a menores de 3 anos	4
	De 3 a 7 anos incompletos	3
	De 7 a 13 anos incompletos	2
	De 13 a 21 anos incompletos	1

Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Diagnóstico neurológico	4
	Alterações na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anemia, anorexia, síncope/tontura, etc.)	3
	Transtornos psicológicos/ comportamentais	2
	Outros diagnósticos	1
Alterações cognitivas	Não reconhece as limitações	3
	Esquece as limitações	2
	Orientado segundo suas capacidades	1
Fatores ambientais	Histórico de quedas ou bebê/criança de 1 a 3 anos colocado na cama hospitalar (não considerar os aca- mados)	4
	Paciente usa dispositivos auxiliares ou bebê/criança de 1 a 3 anos no berço ou mobília no ambiente que favoreça o risco (por exemplo: es- cadinhas, trocadores, cadeiras) ou ambiente pouco iluminado	3
	Paciente acamado	2
	Paciente ambulatorial	1
Resposta à cirurgia/ sedação/ anestesia	Menos de 24 horas	3
	De 24 a 48 horas	2
	Mais de 48 horas/nenhuma	1

Uso de medicamento	Uso de mais de um dos medicamentos das classes listadas abaixo:	3
	Sedativos	
	Hipnóticos	
	Barbitúricos	
	Fenotiazinas	
	Antidepressivos	
	Laxantes/diuréticos	
	Narcóticos	
	Uso de um medicamento das classes listadas acima	2
	Outros medicamentos/nenhum	1
	TOTAL	

Quadro 5. Boas práticas na prevenção de quedas em crianças.

Intervenções
Cama na posição mais baixa, travada e grades da cama para cima
Avaliar a distância entre as grades, de acordo com a criança
Uso de calçados e roupas de tamanho adequadas
Manter o trajeto livre de objetos
Iluminação adequada
Educação em saúde relacionada ao risco de quedas
Evitar que a criança fique sozinha no leito
Orientar criança ou familiar sobre mudanças na prescrição medicamentosa potencializadoras de quedas
Orientar ao familiar/acompanhante a não deitar na cama ou berço

Fonte: adaptado Costa-Silva e EBSERH

As estratégias de prevenção de quedas em crianças devem enfatizar a educação de profissionais e familiares, a criação de ambientes seguros e devem ser multifacetadas (WHO, 2008). Para a escolha de intervenções precisas e melhores, faz-se necessário identificar o nível de risco e atuar consoante a ele, prevenir possíveis quedas, aumentando assim a segurança das crianças em contextos pediátricos. (Almeida R, 2010).

Referências

ANVISA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FIOCRUZ. **Protocolo de Prevenção de Quedas**. Ministério da Saúde, 2013.

BOUSHON B, NIELSEN G, QUIGLEY P, RUTHERFORD P, TAYLOR J, SHANNON D, RITA S. **How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. 2012

THE JOINT COMMISSION. **National Patient Safety Goals Effective**. January 2019 Hospital Accreditation Program.

CAMERON ID, DYER SM, PANAGODA CE, MURRAY GR, HILL KD, CUMMING RG, KERSE N. **Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 9. Art. No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30191554/>. Acesso em abr/22

RODRIGUES ESA. **Adaptação transcultural e validação da Falls Assessment Tool – The Humpty Dumpty Sacale para a cultura brasileira**. Campinas. Dissertação (Mestrado Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, 2020.

KRUSCHKE C, BUTCHER HK. **Evidence-Based Practice Guideline: Fall Prevention for Older Adults**. *J Gerontol Nurs*. 2017 Nov 1;43(11):15-21. doi: 10.3928/00989134-20171016-01. PMID: 29065212.

MORSE JM, MORSE RM, TYLKO SJ. **Development of a scale to identify the fall-prone patient**. *Can J Aging* 1989;8:366-7.

KAFANTOGIA, K., KATSAFOUROU, P., TASSIOU, A., & VASSOU, N. (2017). **Falls among hospitalized patients**. *Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls*, 2(3), 53.

OLIVER, D., BRITTON, M., SEED, P., MARTIN, F. C., & HOPPER, A. H. (1997). **Development and evaluation of evidence-based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies**. *Bmj*, 315(7115), 1049-1053.

URBANETTO, J. D. S., CREUTZBERG, M., FRANZ, F., OJEDA, B. S., GUSTAVO, A. D. S., Bittencourt, H. R., ... & Farina, V. A. (2013). **Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47, 569-575.

PAIVA S M C M, PAIVA R A S, BERTI W H, CAMPANA O A. **Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos.** Rev. Esc Enferm USP 2010; 44(1):134-8

CAMPOS, DC. **Elaboração e validação de vídeo educativo para prevenção de queda em criança hospitalizada.** 2019. 111 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

BRÁS AMR, QUITÉRIO MMSL, NUNES EMGT. **Nurse's interventions in pre-venting falls in hospitalized children: scoping review.** Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 6):e20190409. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Report on Child Injury Prevention.** https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf. Acesso em 19 abr. 2022.

COSTA-DIAS, M. J. M., FERREIRA, P. L.; **Escalas de avaliação de risco de quedas.** Rev. Enf. Ref. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239972008.pdf>. Acesso em 19 abr. 2022. v.IV, n.2, p.153-161, 2014.

BORDALO, I., & CALDEIRA, N. (2013) **Implementação de um programa de Gestão de Quedas em Contexto Pediátrico Implementing a Pediatric Falls Prevention and Management Program.** In 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente (p. 55).

POLL, MÁRCIA ADRIANA ET AL. **Quedas em crianças e adolescentes: prevenindo agravos através da educação em saúde.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 3, p. 589-598, 2014.

VIEIRA LJE, ARAÚJO KL, DANTAS RN, ABREU RNDC, LIRA SVG, FORTA MA, ET AL. **Repercussões no contexto familiar de injúrias não-intencionais em crianças.** Acta Sci Health Sci. 2007; 29(2): 151-8. doi: 10.4025/actas-cihealthsci.1087.

PAIVA S M C M, PAIVA R A S, BERTI W H, CAMPANA O A. **Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos.** Rev. Esc Enferm USP 2010; 44(1):134-8

BRÁS AMR, QUITÉRIO MMSL, NUNES EMGT. **Nurse's interventions in preventing falls in hospitalized children: scoping review.** Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 6):e20190409. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>

EBSERH. **Protocolo de Prevenção de Quedas em Crianças. EB-SERH.** Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/quedas-versao-2-final.pdf>. Acesso em: 11 de Maio, 2021.

CAPÍTULO 11

INTRODUÇÃO À SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Simone Oliveira Sierra

A Segurança do Paciente teve suas primeiras atividades realizadas no país a partir do momento em que o Brasil se tornou signatário para os desafios globais lançados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004. Naquele momento, o que hoje é denominado evento adverso (EA) era conhecido, de forma equivocada, como iatrogenia ou erros médicos. A questão central da ocorrência de falhas e erros relacionados aos cuidados realizados em serviços de saúde sempre foi conhecida pelos profissionais de saúde, mas, era inicialmente julgada como incompetência, imperícia ou imprudência (DALCIN; DAUDT et al., 2020).

A segurança do paciente é uma condição necessária para a promoção do cuidado na APS. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a necessidade de trabalhar esse tema, destacando que os profissionais de saúde, usuários e gestores são considerados protagonistas no processo de minimização e prevenção dos danos. Para isso, é preciso envolvimento em ações como educação permanente, capacitação para prevenção de acidentes e promoção de saúde (OPAS, 2019).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a abordagem da segurança do paciente ainda é incipiente e, em 2017, o Brasil incorporou esta temática à Política Nacional de Atenção Básica. (BRASIL, 2017).

Para sua consolidação no SUS, a APS vem desenvolvendo ao longo do tempo diversas estratégias. As atividades destinam-se à adaptação da formação profissional, da regulação e integralidade do sistema de saúde, da incorporação e do fortalecimento dos profissionais da Saúde da Família, da reorganização dos processos de trabalho e da sua relação com a intersetorialidade das demandas populacionais e territoriais, além da necessidade de adequado financiamento setorial. Essa busca, atrelada à incorporação da melhoria da qualidade e segurança, levará a uma APS mais forte. (DALCIN; DAUDT et al., 2020).

A Atenção Primária à Saúde acessível e segura é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde. A prestação de cuidados primários seguros é uma prioridade, na medida em que cuidados básicos inseguros podem causar danos e lesões evitáveis, levando a internações desnecessárias e, em alguns casos, incapacidade e até a morte. (DALCIN; DAUDT et al., 2020).

A educação permanente na área da saúde é um aspecto que merece atenção quando se trata de segurança do paciente na APS. Esse processo é muito complexo em virtude de muitos fatores como: rapidez da disseminação de conhecimentos tecnológicos renovados, distribuição de profissionais e serviços, alta rotatividade dos profissionais entre os serviços de saúde, entre outros. Por isso, torna-se necessário o desenvolvimento de tecnologias de operação de trabalho que estejam alinhadas com a aprendizagem contínua, de trabalho em equipe, com aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS e compreende o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. É no contexto destes processos de trabalho que a segurança deve ser avaliada. (BRASIL, 2017).

Meta 1. Identificação do paciente na APS

A OMS recomenda que as instituições estabeleçam protocolos no intuito dos trabalhadores aderirem, de forma responsável, à cultura da identificação de forma correta, que precisa ser observada em todos os momentos em que o cuidado é prestado (TASE et al., 2013).

No âmbito da APS a identificação do paciente está associada a diversas atividades desempenhadas nesse nível de atenção tais como: agendamento de consultas, aplicação de vacina, visita domiciliar, procedimentos de baixa complexidade e dispensação de medicamentos (CONASS, 2017). A presença de falhas na etapa de identificação do paciente causa a ocorrência de erros no diagnóstico e no tratamento medicamentoso, sendo esses os principais incidentes na APS (MARCHON, 2015).

Artigos pesquisados demonstram que ainda há falhas na etapa de identificação do paciente na APS, com destaque para erros na identificação do paciente relacionados à aplicação de vacinas (OLIVEIRA, et al.; 2017), e coleta de exame de sangue (NILSON et al.; 2015). Outro artigo também evidencia os erros de identificação como um fator determinante para a segurança do paciente e propõe o desenvolvimento de uma lista preliminar de eventos que devem ser evitados no âmbito da saúde, dentre os itens citados encontra-se a identificação equivocada do paciente (WET, 2014).

Quadro 1 - Ações estratégicas para o problema falhas de identificação do usuário

Problema: Falhas de identificação do usuário**Erros: Identificação incorreta, incompleta e ou troca de identificação nos registros, prontuários, agendamentos de consultas e/ou exames.****Meta: Identificar corretamente o usuário**

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	QUEM?
Padronizar no estabelecimento os dois identificadores padrão para identificação do paciente. Registrar os dados do usuário nos receituários, solicitações de exames e encaminhamentos, notificações e nos sistemas de informação, sem o uso de abreviaturas.	Unidade de saúde e domicílio	Em todos os momentos de identificação do usuário	Profissionais da equipe de saúde
Conferir dados de identificação com um documento oficial com foto do usuário, sempre que possível.	Unidade de saúde e domicílio	Em todos os momentos que o usuário portar documentos pessoais	Profissionais da unidade de saúde

Confirmar se os dados de identificação estão corretos, no mínimo dois indicadores (ex: nome e data de nascimento). Perguntar: Qual seu nome completo e data de nascimento?	Unidade de saúde e domicílio	No momento de identificação do usuário	Profissionais da unidade de saúde, usuários e/ou familiares
Promover Educação Permanente para qualificar o processo de identificação do usuário.	Unidade de saúde	No momento de reuniões de equipe e momentos reservados para esta finalidade	Profissionais da unidade de saúde
Instituir a cultura de notificação dos erros de identificação do usuário após a definição e implantação do protocolo.	Unidade de saúde	Sempre que houver o erro	Profissionais da unidade de saúde e gestores

Fonte: Adaptado de Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

Meta 2. Comunicação efetiva na APS

A falha na comunicação entre os profissionais ou entre os profissionais e o paciente foi o fator contribuinte mais frequente no estudo liderado pelo pesquisador/investigador Aranaz (2008), em 48 centros de APS de 16 Comunidades Autônomas da Espanha.

Uma comunicação ineficaz também está relacionada a maior ocorrência de EA, conforme identificado no estudo realizado por Marchon et al.; (2015) que demonstrou que a falha na comunicação se apresenta como o fator contribuinte mais comum para ocorrência de incidente na APS. As falhas de comunicação com pacientes apresentaram o maior percentual, seguida das falhas de comunicação na rede de atenção e das falhas de comunicação interprofissional.

Quadro 2 - Ações estratégicas para o problema falha na comunicação

Problema(s): Falha na comunicação.			
Erros: Comunicação interprofissionais e/ou usuário ausentes e/ou insuficientes; comunicação ineficaz sobre o diagnóstico (inconclusivo, ausente e tardio) por informação incorreta e pouco precisa na cogestão do cuidado; interpretação incorreta, atraso ou ausência de avaliação de exames; terapêutica incorreta e/ou ausente; falta de acompanhamento do usuário pela equipe; falta de referência e contra-referência; falta de um plano de cuidado integrado; dificuldade de acesso aos diferentes pontos da rede de atenção à saúde.			
Meta: melhorar a comunicação entre profissionais de saúde, com efetiva participação dos usuários.			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	QUEM?
Comunicar-se com o usuário e/ou família em uma linguagem compreensível considerando a diversidade social, cultural, religiosa, étnica e de gênero.	Unidade de saúde, domicílio e território.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário e/ou família.	Profissionais da unidade de saúde

Identificar e adequar a comunicação conforme o grau de instrução do usuário e/ou familiar.	Unidade de saúde e domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário e/ou familiar.	Profissionais da unidade de saúde
Fornecer informação clara e escrita, sempre que possível.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Profissionais da equipe de saúde
Certificar-se da compreensão do usuário referente às orientações fornecidas. Sugestão: usar o método e ensinar de volta.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Profissionais da equipe de saúde
Comunicar e orientar o usuário com clareza os fluxos de acesso aos demais pontos de atenção à saúde.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Nos momentos de referenciar o usuário para demais pontos de atenção.	Profissionais da equipe de saúde.
Desenvolver e/ou melhorar redes de comunicação entre profissionais da rede intra e intersetorial (referência e contrarreferência; plano de cuidado integrado) e entre usuários.	Rede de atenção à saúde e demais pontos de apoio intersetorial.	Nos momentos de comunicação intra e intersetorial.	Profissionais da saúde e da rede intersetorial e usuários.

Acordar quais informações devem ser incluídas nos documentos de referência e contra referência entre os diferentes serviços de saúde garantindo uma comunicação efetiva.	Atenção primária à saúde e demais níveis de atenção.	Nos momentos de organização dos fluxos de referência e contra referência.	Gestor e profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção.
Adotar e atualizar os protocolos, procedimento operacional padrão (POP), bem como rever os processos de trabalho de forma a incorporar as técnicas mais seguras, com o conhecimento científico mais atual.	Unidade de saúde. Permanentemente.	Permanentemente.	Responsáveis técnicos e profissionais das equipes de saúde.
Valorizar informações prévias registradas no prontuário do usuário e no plano de cuidado.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Profissionais da equipe de saúde.
Envolver o usuário na comunicação, para falar sobre suas dúvidas e/ou preocupação sobre diagnósticos e/ou cuidados.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Profissionais da equipe de saúde e usuário.

Investir e disponibilizar sistemas tecnológicos que alertam sobre alguns diagnósticos e/ou resultados de exames anormais para apoiar a comunicação e a tomada de decisão compartilhada.	Unidade de saúde.	Em todas as oportunidades de encontro com esse usuário.	Gestão.
Promover educação em saúde e ofertar material educativo sobre segurança do paciente.	Unidade de saúde e/ou domicílio e nos diferentes dispositivos do território.	Permanentemente.	Profissionais da equipe de saúde e usuário.
Realizar educação permanente sobre anamnese e entrevista clínica para qualificar a comunicação na coleta de informações.	Unidades de saúde.	Conforme necessidade identificada.	Núcleo Municipal de Educação em Saúde e profissionais da equipe de saúde.

Fonte: adaptado de Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

META 3. SEGURANÇA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA APS

A preocupação no âmbito da APS com relação ao uso seguro de medicamentos foi objeto de estudo de diversos autores. A temática abordada pelos artigos relaciona-se à adesão do paciente ao tratamento medicamentoso (ATIENZA-MARTÍN et al., 2019; COLETTI et al., 2015; ARANCON-MONGE et al., 2015) e a prevenção de Eventos Adversos (EAs)

vinculados ao uso de medicamentos (MARCHON; MENDES JUNIOR; PAVÃO, 2015). Esses dados demonstram a necessidade constante de implementar na APS estratégias para garantir a correta utilização desse medicamento pelo paciente.

Os erros relacionados a medicamentos podem ocorrer em qualquer fase do processo de utilização (prescrição, administração, uso, armazenamento e distribuição) por diversos motivos, como a dificuldade de compreensão sobre o que foi prescrito, letra ilegível, pouca ou nenhuma orientação referente à administração e uso do medicamento, dispensação errada, entre outros. Essas falhas podem levar a sequelas graves ou mesmo a morte do usuário. Para evitá-las, é necessário o envolvimento e atenção dos profissionais de saúde, usuários e da gestão (WHO, 2017).

Medidas podem ser usadas para redução desse tipo de incidentes, tais como uso de recursos tecnológicos para correta identificação do paciente e softwares de prescrição eletrônica, detecção de interação medicamentosa e sinalização de alerta de medicamentos potencialmente perigosos são muito úteis. Essas alternativas, associadas ao envolvimento dos usuários no monitoramento, atualização dos medicamentos e/ou planos de tratamento tendem a aumentar a adesão do tratamento e a reduzir as chances de eventos adversos (SOUSA & MENDES, 2014; WHO, 2016).

As estratégias para a prevenção do erro de medicação no atendimento primário em saúde foram divididas em dois problemas, conforme os quadros abaixo:

Quadro 3 - Ações estratégicas para o problema falhas em relação ao uso dos medicamentos

Problema(s): Falhas em relação ao uso dos medicamentos.

Erros: Não identificação de predisposição alérgica e/ou efeitos colaterais (anamnese ineficaz); troca de medicação, de dosagem e de via de administração; preparo incorreto da medicação; ausência de orientações sobre a utilização adequada do fármaco; falta de medicamento na rede de distribuição; dispensação com atraso e/ou do medicamento errado; prescrição ilegível; padrão de horário de uso de medicamentos não respeitado; interação medicamentosa grave; duplicação de medicamento com princípios ativos iguais, especialmente na transição do cuidado; excesso de medicação por conduta clínica equivocada.

Meta: garantir a prescrição, administração e dispensação de medicamentos de forma segura.

AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	QUEM?
Orientar o uso da medicação com clareza e certificar-se do entendimento do usuário e/ou família. Sugestão: usar a técnica ensinar de volta.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todos os momentos que houver prescrição e/ou dispensação de medicamentos.	Profissionais da equipe de saúde e rede farmacêutica.
Prescrever de forma legível e conforme os padrões definidos incluindo a denominação genérica, dose, concentração, orientações para administração e a indicação para utilização do medicamento Sugestão: optar pela prescrição digital, sempre que possível.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Em todos os momentos de prescrição do medicamento.	Profissionais de equipe de saúde.

<p>Não utilizar, na prescrição o uso de abreviaturas, códigos ou símbolos, utilizar a “via oral” ou “via intravenosa”, “1 (uma) caixa.” em substituição a “1 cx”, “a cada 8 horas”, em substituição a “8/8 h”. Ainda, orienta-se somente utilizar o zero antes do ponto decimal seguido de vírgula (ex: 0,5 ml).</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio.</p>	<p>Em todos os momentos de prescrição do medicamento.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde.</p>
<p>Registrar no prontuário do usuário informações completas sobre a prescrição como nome, forma farmacêutica e concentração, dosagem, via de administração, o intervalo entre as doses e duração do tratamento.</p>	<p>Unidade de saúde.</p>	<p>Em todos os momentos de prescrição do medicamento.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde.</p>

<p>Envolver o usuário, familiar e/ou cuidador como responsáveis para o uso correto da medicação (dosagem, via, frequência e periodicidade). Sugestão: construir com usuário, familiar e/ou cuidador uma matriz de checagem de uso correto da medicação.</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio.</p>	<p>Em todos os momentos de prescrição do medicamento e sempre que necessário.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde em especial os Agentes Comunitários de Saúde com os usuário/familiar e/ou cuidador.</p>
<p>Envolver o usuário como coparticipante nos cuidados com a medicação como: monitorar a data de validade, armazenar em local correto, atualizar a lista dos medicamentos, sempre que houver remoção e/ou acréscimo de algum medicamento.</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio. Espaços de educação em saúde e participação social.</p>	<p>Periodicamente.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde em especial os agentes comunitários de saúde com os usuários/familiares e/ou cuidadores.</p>
<p>Solicitar ao usuário e/ou familiar para confirmar dados de identificação em receitas e antes da administração medicamentosa como dupla checagem.</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio.</p>	<p>Em todos os momentos antes da administração do medicamento.</p>	<p>Profissionais de equipe de saúde e usuários e/ou familiares.</p>

<p>Orientar o usuário e/ou familiar sobre a interação medicamentosa e quanto ao uso de medicamentos de aspecto e nomes parecidos.</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio.</p>	<p>Em todos os momentos de prescrição e dispensação de medicamentos (farmácia).</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde e rede farmacêutica.</p>
<p>Conciliar os tratamentos medicamentosos entre níveis de cuidados, especialmente na transição de cuidados.</p>	<p>Unidade de saúde e os demais níveis de atenção à saúde.</p>	<p>Na admissão, transição, e cuidado compartilhado.</p>	<p>Profissionais de saúde.</p>
<p>Utilizar técnicas de destaque do nome do medicamento com tamanhos diferentes que reduzam a possibilidade de trocas.</p>	<p>Unidades de saúde e pontos de dispensação de medicamentos.</p>	<p>Na dispensação dos medicamentos.</p>	<p>Profissional de saúde que fará a dispensação do medicamento.</p>
<p>Introduzir a estratégia dos nove certos na administração dos medicamentos: “paciente certo”, o “medicamento certo”, na “dose certa”, pela “via certa” à “hora certa”, “documentação certa (registro certo)” e a “razão certa” “forma farmacêutica certa” e “monitoramento certo”.</p>	<p>Unidades de saúde.</p>	<p>Em todos os momentos de administração do medicamento.</p>	<p>Profissional que fará a aplicação do medicamento.</p>

<p>Introduzir a dupla checagem, especialmente nos medicamentos potencialmente perigosos.</p> <p>Sugestão: realizar a dupla checagem antes da dispensação dos medicamentos e da administração (o profissional responsável conta com a ajuda de outro para conferir).</p> <p>No caso da dispensação, tanto o profissional que vai receber da farmácia, como o usuário, pode conferir se o medicamento entregue é o mesmo prescrito pelo profissional de saúde.</p>	<p>Unidade de saúde.</p>	<p>Em todos os momentos de administração de medicamentos potencialmente perigosos.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde.</p>
--	--------------------------	--	--

Investir em sistemas de informação que possam contribuir com a segurança durante a prescrição, por exemplo: alertas na predisposição alérgica na prescrição de medicamentos que interagem e/ou com mesmo princípio ativo, medicamentos potencialmente perigosos.	Unidade de saúde.	Unidade de saúde.	Gestor.
Orientar o descarte correto de medicamentos vencidos ou em desuso.	Unidade de saúde, domicílio e no território.	Em espaço de educação permanente e educação em saúde.	Gestor, profissionais da unidade de saúde e usuários.

Fonte: adaptado de Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

META 4. MELHORES PRÁTICAS NA CIRURGIA SEGURA: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NA APS

Os procedimentos cirúrgicos também estão associados com a segurança do paciente e podem parecer distantes do escopo da APS, entretanto, no Brasil, os serviços de Atenção Primária no Sistema Único de Saúde (SUS) se responsabilizam pela realização de pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos, acolhendo usuários em situações agudas ou crônicas tais como, unhas encravadas, retirada de nevos, corpos estranhos, cistos e lipomas, e o tratamento de feridas. Considerando a menor complexidade de técnica, materiais, insumos e medicamentos, tais procedimentos também podem e devem ser realizados pelas equipes que trabalham na Unidade Básica de Saúde (UBS). (CRIADO, 2020)

Estudo sobre processo de implementação do protocolo de cirurgia segura aponta como principais falhas observadas as relacionadas a cirurgia realizada em local errado, realização de procedimento cirúrgico não indicado, retenção de corpo estranho e, até mesmo, cirurgia realizada no paciente errado.. (BRASIL, 2021)

Quadro 4 - Ações estratégicas para procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados de forma inadequada

Problema(s): ocorrências de eventos adversos nos procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados de forma inadequada.			
Erros: não adesão às medidas preventivas; ausência do uso de ferramentas de prevenção; escolha de intervenções com pouco conhecimento científico; não cumprimento da prática padrão (protocolos); falta de materiais e insumos; procedimentos clínicos e cirúrgicos em usuário e/ou local incorreto; falta de capacitação e comunicação dos profissionais para realização de técnica correta; falta de habilidade e experiência para realização dos procedimentos clínicos e cirúrgicos.			
Meta: assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto.			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	QUEM?
Instituir rotina para monitorar a validade dos materiais e insumos usados para os procedimentos.	Unidade de saúde.	Seguir rotina instituída, mensal, quinzenal ou semanal.	Profissionais da equipe de saúde.

Promover uma comunicação efetiva entre os profissionais da equipe e usuários para tomada de decisão conjunta para gestão de riscos preexistentes (alergias, uso de anticoagulantes e doenças prévias).	Unidade de saúde e domicílio.	Permanentemente.	Profissionais da equipe de saúde. Usuários/ familiares e/ou cuidadores.
Comunicar o erro para o usuário e/ou familiar, bem como para equipe e adotar ações para prevenção de recorrências.	Unidade de saúde. Sempre em que ocorrer erro.	No momento de identificação do usuário.	Profissionais da Profissionais da equipe de saúde.
Fazer uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI) entre os profissionais de saúde e usuário quando necessário.	Unidade de saúde e/ou domicílio, se necessário	Conforme os protocolos institucionais.	Profissionais da unidade de saúde e usuários.
Investir em aperfeiçoamento dos profissionais de saúde para realizar técnica de procedimentos clínicos e cirúrgicos, possibilitando maior segurança na realização da técnica.	Unidade de saúde.	Unidade de saúde. Instituir rotinas de treinamentos, capacitações e educação permanente.	Núcleo municipal de educação em saúde.

Fonte: adaptado de Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

META 5. HIGIENE DAS MÃOS NA APS

Na atenção básica a higiene das mãos (HM) é uma atitude de segurança, com uma grande capacidade de prevenir infecções cruzadas, bastante esquecida pelos profissionais, sendo assim, faz-se necessário a adoção de medidas de intervenção (SOUZA et al., 2016).

Estima-se que mais de 1,4 milhão de pessoas em todo o mundo são acometidas diariamente por Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (Iras) que podem ser evitadas (SOUZA et al., 2015).

Importante estudo conduzido por Matter et. al. (2019) sobre “Higienização das mãos como medida de segurança do paciente na Atenção Básica”, destaca que um percentual dos participantes dessa pesquisa, afirmaram não receber treinamentos sobre HM, o que denota fragilidades no conhecimento e necessidade de ações educativas sobre a temática.

Quadro 5 - Ações estratégicas para o problema falhas de higiene das mãos na prevenção da infecção

Problema(s): falhas de higiene das mãos na prevenção da infecção.			
Erros: ausência e/ou forma inadequada de higiene das mãos; usuários sem orientações referente a higiene das mãos; equipe e usuários expostos à contaminação; falta de promoção de educação em saúde.			
Meta: Higienização das mãos para evitar infecções.			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	QUEM?

<p>Realizar a higiene das mãos considerando os 5 momentos preconizados pela Anvisa: antes de tocar o usuário; antes da realização de procedimento; após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; após tocar o usuário; após tocar superfícies próximas ao usuário. Sugestão: a higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.</p>	<p>Unidade de saúde e domicílio.</p>	<p>Permanente.</p>	<p>Profissionais da unidade de saúde.</p>
<p>Assegurar infraestrutura necessária para a higienização das mãos como lavatórios/ pias, dispensadores de sabonete e antisséptico, porta-papel toalha, álcool em gel e sabão líquido e lixeira com pedal para descarte do papel toalha próximo aos pontos de cuidado.</p>	<p>Unidade de saúde.</p>	<p>Periodicamente.</p>	<p>Avaliação de pontos: equipe. Provisão de materiais: gestor.</p>
<p>Registrar no prontuário do usuário informações completas sobre a prescrição como nome, forma farmacêutica e concentração, dosagem, via de administração, o intervalo entre as doses e duração do tratamento.</p>	<p>Unidade de saúde.</p>	<p>Em todos os momentos de prescrição do medicamento.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde.</p>

Promover educação em saúde com os usuários referente a higiene das mãos.	Unidade de saúde e comunidade.	Nas visitas domiciliares e nos atendimentos na unidade de saúde.	Profissionais de saúde.
Promover educação permanente referente à higiene das mãos.	Nos espaços de educação permanente e no cotidiano do trabalho.	Unidade de saúde.	Profissionais de saúde.

Fonte: adaptado de Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

META 6. SEGURANÇA DO PACIENTE NAS LESÕES DE PELE: PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE NA APS

O cuidado domiciliar realizado por profissionais que atuam na APS envolve a prevenção de lesões de pele de diversas etiologias. As lesões por pressão são situações que merecem ser acompanhadas com extremo zelo, tanto no cuidado no serviço de saúde quanto na atenção domiciliar. As lesões por pressão são de natureza multicausal relacionadas às condições clínicas, nutricionais, sociodemográficas e causam danos diversos como dores, isolamento, infecção, internação prolongada e até a morte. A cada ano, quase 60.000 pessoas morrem por causa de complicações associadas às lesões por pressão de pessoas acamadas ou restritas ao leito por longo período, além de usuários desnutridos (ABOUD e MANNA, 2020).

De acordo com estudo conduzido por Meirelles; Badissera (2019) a qualidade e segurança do processo de assistência ao idoso com risco para lesão por pressão e ao idoso que já apresenta lesão por pressão são precárias e possuem fragilidades principalmente relacionadas: a inexistência de rastreamento do grau de fragilidade e avaliação multidimensional dos idosos; ausência de avaliação de risco para desenvolvimento de lesão por pressão e escassez de recursos materiais e humanos.

Outra lesão de pele sensível à atuação dos profissionais da APS é o pé diabético. O exame dos pés deve fazer parte da rotina da análise física pelo profissional da Atenção Básica à Saúde (ABS), a fim de procurar sinais e sintomas que sirvam para diagnóstico precoce e evitem o agravo com a espera de atendimento por especialistas, caso seja referenciado (SANTOS, 2015). Pessoas com elevado risco precisarão adquirir habilidades para inspecionar seus pés, cuidar das unhas, selecionar os sapatos e, na ocorrência de algum ferimento, saber a quem recorrer (SIBBALD, 2018; GARBEY, 2018).

Reconhecer a existência desses eventos na APS e identificar suas principais causas possibilita o desenvolvimento de ações que previnam sua ocorrência nesse nível de atenção em saúde (TIER; et al., 2014).

Quadro 6 - Ações estratégicas para lesão por pressão

Problema(s): ocorrência de lesão por pressão.			
Erros: orientação sobre prevenção de lesão por pressão ineficaz; não adesão às medidas preventivas; ausência do uso de ferramentas de prevenção; não cumprimento da prática padrão (protocolos); falta de materiais e insumos; falta de capacitação e comunicação dos profissionais para realização de técnica correta.			
Meta: reduzir o risco de lesão por pressão.			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	QUEM?
Envolver o familiar/cuidador como coparticipante nas medidas de prevenção de lesão por pressão como: mudança de decúbito; alimentação adequada; ingesta hídrica; higiene e hidratação corporal. Unidade de saúde e/ou domicílio.	Nos atendimentos na unidade e domicílio.	Profissionais da equipe de saúde.	Usuários/famíliares e/ou cuidadores.

Em caso de lesões, orientar a técnica adequada da realização de curativo na presença de lesão por pressão, para evitar progressão e prevenção de infecções.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Nos atendimentos na unidade e domicílio.	Profissionais da equipe de saúde
Investir na cultura de comunicação do usuário, familiar e/ou cuidador no uso de produtos e/ou terapias diferentes daquelas prescritas pelo profissional.	Unidade de saúde e/ou domicílio.	Sempre que houver presença de lesão por pressão.	Profissionais da equipe de saúde, usuários/familiares e/ou cuidadores.
Elaborar e distribuir material educativo sobre prevenção de quedas e lesão por pressão para usuários/familiares e cuidadores.	Visitas/atendimentos domiciliares.	Unidade de saúde, sala de espera, ações de educação em saúde.	Profissionais da equipe de saúde.

Fonte: adaptado de Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

META 7. PREVENÇÃO DE QUEDAS NA APS

As quedas também estão entre os incidentes frequentes. Representam a segunda principal causa de mortes acidentais ou não intencionais em todo mundo. Consideradas eventos adversos (EAs) evitáveis, podem provocar traumas teciduais, fraturas e até mesmo a morte. Além dos danos físicos e emocionais, os eventos adversos acarretam custos desnecessários aos serviços de saúde (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2017c).

Estudo de Braga (2018) sobre “Incidentes em unidades de atenção primária à saúde: percepção da equipe de enfermagem”, realizado em vinte e quatro UBS de um município de Goiânia elencou os tipos de incidentes ocorridos na APS segundo os profissionais integrantes das equipes de enfermagem. Nesse estudo, as causas de queda foram relacionadas principalmente a falhas na estrutura física da unidade, como piso irregular, falta de disponibilidade de rampas e falta de grades nas macas.

Quadro 7 - Ações estratégicas para risco de quedas

Problema(s): ocorrências de eventos adversos no risco de quedas.			
Erros: orientação sobre prevenção de quedas ineficaz; não adesão às medidas preventivas; ausência do uso de ferramentas de prevenção; não cumprimento da prática padrão (protocolos); falta de materiais e insumos.			
Meta: reduzir o risco de quedas.			
AÇÃO	ONDE?	QUANDO?	QUEM?
Avaliar o risco de queda Sugestão: para os profissionais de saúde aplicar instrumento de avaliação exemplo a Escala de Morse.	Unidades de saúde, domicílio, instituições de longa permanência de idosos (pertencentes ao território da UBS)	Usuário que apresenta um ou mais fatores de risco.	Profissionais da equipe de saúde, familiares e/ou cuidadores
Sinalizar em prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda, facilitando a abordagem preventiva multiprofissional e definir as ações para cada grau de risco.	Unidade de saúde.	No momento que observa/ identifica o risco de quedas.	Profissionais da equipe de saúde.

<p>Envolver os usuários, familiares e/ou cuidadores no processo de prevenção de quedas, pela identificação de possíveis facilitadores de quedas na unidade de saúde, domicílio e no território.</p>	<p>Unidade de saúde, domicílio e território.</p>	<p>Periodicamente.</p>	<p>Usuários, familiares e/ou cuidadores e controle social (população em geral).</p>
<p>Adotar pisos antiderrapantes e nivelados, bem como barras de apoio nas rampas e banheiros de uso dos usuários.</p>	<p>Unidade de saúde.</p>	<p>Construção e/ou reformas da estrutura física.</p>	<p>Gestor</p>
<p>Evitar superfícies escorregadias e molhadas quando presentes colocar sinalização visual para identificação do risco de queda, a fim de alertar os pacientes e toda a equipe.</p>	<p>Unidade de saúde.</p>	<p>Todos momentos que o piso estiver úmido e/ou com fluídos corporais (sangue, urina, vômito etc.).</p>	<p>Equipe de higienização e profissionais da equipe de saúde.</p>
<p>Estimular o uso de dispositivos auxiliares de marcha, sempre que necessário; incentivar o uso calçados fixos aos pés e com solados antiderrapantes.</p>	<p>Unidade de saúde.</p>	<p>Em todos os momentos que usuário apresentar fator de risco para quedas.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde familiares e/ou cuidadores</p>

<p>Orientar sobre instalação de barras de apoio no banheiro e no chuveiro; uso de protetor de cama e janelas; mobiliário e iluminação adequados; corredores livres de obstáculos, evitar o uso de tapetes.</p>	<p>Domicílio.</p>	<p>Em visitas/atendimentos domiciliares e/ou em todas as oportunidades de encontro com usuário/familiares e/ou cuidadores.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde, usuários/familiares e/ou cuidadores.</p>
<p>Orientar sobre a altura adequada da cadeira de rodas, altura adequada da cama que permita que o usuário consiga apoiar os pés no chão. Para crianças a presença de grades de proteção nos berços.</p>	<p>Unidade de saúde e domicílio.</p>	<p>Em todos os momentos que julgar necessário, nos atendimentos nas unidades e nas visitas domiciliares.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde.</p>
<p>Atentar-se e orientar sobre o uso de múltiplos fármacos e dos efeitos colaterais que podem resultar em perda do equilíbrio.</p>	<p>Unidade de saúde e/ou domicílio.</p>	<p>Nos atendimentos na unidade de saúde e no domicílio.</p>	<p>Profissionais da equipe de saúde</p>

Avaliação de risco periódica + sinalizar em prontuário os usuários com risco alto e moderado de queda, facilitando a abordagem preventiva multiprofissional e definir as ações para cada grau de risco.	Unidade de saúde.	No momento que observa/identifica o risco de quedas.	Profissionais da equipe de saúde
---	-------------------	--	----------------------------------

Fonte: adaptado de Mai, Ciconet, Micheletti (2020)

Referências

ABOUD, A.M.AL.; MANNA, B. **Wound Pressure Injury Management. Statpearls, Treasure Island**, v. 1, jun. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532897/> Acesso em: 04 jun. 2021.

ARANAZ, J.M.; IVORRA, F.; COMPAÑ, A.F.; MIRALLES, J.J.; et al. **Adverse events in ambulatory surgical procedures.** Cir Esp. 2008;84(5):273-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19080913/> Acesso em: 03 jun. 2021.

ARANCON-MONGE JM, DE CASTRO-CUENCA A, SERRANO-VÁZQUEZ A, CAMPOS-DÍAZ L, DÍAZ-ERASO M, CURA-GONZÁLEZ ID, POLENTINOS-CASTRO E, RODRÍGUEZ-BARRIENTOS R. Grupo CAMBIMED. Study CAMBIMED: **Effects of changes in medication appearance on safety of antihypertensive and hypolipidemic treatments in chronic patients older than 65 years in primary health care.** BMC public health 2015;15(211):1-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25884988/> Acesso em: 03 jun. 2021.

ATIENZA-MARTÍN, F.; BARRIOS, V.; EGOICHEAGA, M.I.; HIDALGO, R.; MARÍN-MONTAÑÉS, N.; RAMIS, C. **El método AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos) aplicado a la anticoagulación de pacientes con fibrilación auricular no valvular.** Semergen 2019;45(3):169-79. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-192740> Acesso em: 03 jun. 2021.

BRAGA, Q.P. **Incidentes em unidades de atenção primária em saúde: percepção da equipe de enfermagem.** Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/9145>. Acesso em 19 abr. 2022. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE. PORTARIA NO 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. **Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária no 30.** Procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes.** 2017b.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática.** Brasília: ANVISA, 2017c. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assistencia_Segura_-_Uma_Reflexao_Teorica_Aplicada_a_Pratica.pdf Acesso em: 03 jun. 2021

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161- 168, fev, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG-8Nr5k/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 de mai. de 2021.

COLETTI, D.J.; STEPHANOU, H.; MAZZOLA, N.; CONIGLIARO, J.; GOTTRIDGE, J.; KANE, J.M. **Patterns and predictors of medication discrepancies in primary care.** J Eval Clin Pract 2015;21(5):831-9.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Programa de planificação de atenção à saúde - PAS. Estratégias de Segurança do Paciente.** Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/31154216-apresentacao-seguranca-do-paciente-rs.pdf>. Disponível em: 04 jun. 2021

CRIADO, J.V.N.; DIAS, B.F.; DO CARMO, T.G. **Processo de implementação do protocolo de cirurgia segura.** Rev Cuba Enferm 2017;33(1): 173- 89. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1028/240>. Acesso em: 04 jun. 2021.

DALCIN, T.C.; DAUDT, C.G. ... [et al.]. **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática.** Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020. 220 páginas.

GARBAY, D.L.C.; et al. **Pie de riesgo en personas con diabetes mellitus de tipo 2 en la Atención Primaria de Salud durante** 2016. MediSan, v. 22, n. 5, p. 518-530, 2018.

MAI, S.; CICONET, R.M.; MICHELETTI, V.C.D. In: DALCIN, T.C.; DAUDT, C.G. ... [et al.]. **Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática.** Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020. 220 Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/seguranca-paciente-atencao-primaria-saude-teoria-pratica/Acesso> em: 03 de mai de 2021.

MARCHON, S.G. **A segurança do paciente na atenção primária à saúde.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/seguranca-do-paciente-na-atencao-primaria-a-saude> Acesso em: 04 jun. 2021.

MARCHON, S.G. **A segurança do paciente na atenção primária à saúde.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/pt_0102-311X-csp-30-9-1815.pdf Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015. Disponível em: Acesso em: 04 jun. 2021.

MATTER, P.S.; FELDHAUS, C.; RUTKE, T.C.B.; PETERNON, M.K. **Higienização das mãos como medida para segurança do paciente na atenção básica. Revista interdisciplinar de estudos em saúde** 8(1):28. June 2019. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1442> - ~:text=Sobre a técnica de higienização,profissionais não houve diferença estatística.. Acesso em: 04 jun. 2021.

MEIRELES, V.C.; BALDISSERA, V.D.A. **Qualidade da atenção aos idosos: risco de lesão por pressão como condição marcadora.** Rev Rene 2019;20:e40122. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/40853> - :~:text=Conclusão%3A o estudo concluiu que,incluem a rede de cuidados. Acesso em: 04 jun. 2021.

NILSSON, K.; JUTHBERG, C.; SÖDERBERG, J.; BÖLENIUS, K.; GRANKVIST, K.; BRULIN, C.; LINDKVIST, M. **Associations between workplace affiliation and phlebotomy practices regarding patient identification and test request handling practices in primary health- care centres: a multilevel model approach.** BMC Health Serv Res 2015;15:503.

OLIVEIRA, V.C.; TAVARES, L.O.M.; MAFORTE, N.T.P.; SILVA, L.N.LR.; RENNO, H.M.S.; AMARAL, G.G.; VIEGAS, S.M.F. **A percepção da equipe de enfermagem sobr a segurança do paciente em sala de vacinação.** Rev Cuid 2019;10(1):e590. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100206 Acesso em: 03 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OMS). **OMS pede ação urgente para reduzir danos aos pacientes na área da saúde.** 2019. OPAS.

SANTOS, I.C.R.V. et al. **Fatores associados a amputações por pé diabético.** Jornal Vascular Brasileiro, v. 14, n. 1, p. 37-45, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QzFsVwGVVPXDhK95bM8Bm-5L/?lang=pt> - :~:text=A prevalência de amputações encontrada,mínimo (p = 0,004). Acesso em: 04 jun. 2021.

SIBBALD, R.G.; AYELLO, E.A. **The reduction of diabetic foot amputations starts with preventing foot ulcers.** 2018.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/9vXgJdqhXHX-3KQFQd6gQfYB/?lang=pt> Acesso em: 03 de mai. de 2021.

SOUZA, L.M.; et al. **Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos.** Revista Gaúcha de Enfermagem. n. 4, v. 36, p. 21-8. dez 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/9vXgJdqhXHX3KQFQd6gQfYB/?lang=pt>. Acesso em: 04 Jun. 2021.

SOUZA, F.E.; et al. **Segurança do paciente na atenção primária à saúde e a implementação de uma cultura de segurança.** Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZQY357fz6cmbgCK9Mjpp4bK/?lang=pt>. Centro Universitário Católica de Quixadá. Unicatólica . v. 2, n. 2. 2016. Disponível em: <https://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1166> Acesso em: 20 Mar. 2018.

TASE, T. H. et al. **Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 196-200, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SnPQCmsHh38mCkbLyd9YcSJ/?lang=pt>. Acesso em: 03 de mai. de 2021.

TIER, C.G.; SANTOS, S.S.C.; POLL, M.A.; HILGERT, R.M. **Condições de saúde dos idosos na Atenção Primária a Saúde.** Rev Rene 2014;15(4):668-75. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11456/1/2014_art_cgtier.pdf. Acesso em: 04 jun. 2021.

WET, C.; O'DONNELL, C.; BOWIE, P. **Developing a preliminary 'never event' list for general practice using consensus-building methods.** Br J Gen Pract 2014;64(320):e159-67. Disponível em <https://bjgp.org/content/64/620/e159>. Acesso em: 03 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety.** Geneva: World Health Organization, 2017.

ENDEREÇOS E CONTATOS DO COREN-SP

- **Internet**

www.coren-sp.gov.br/contatos-sede-subsecoes

- **São Paulo – Sede:** Alameda Ribeirão Preto, 82 – Bela Vista
CEP 01331-000 – Telefone: (11) 3225-6300 – Fax: (11) 3225-6380
- **Alto Tietê: NAPE** (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.

Poupatempo: Avenida Vereador Narciso Yague Guimarães, 1000 – Centro Cívico – Mogi das Cruzes – CEP 08780-000

- **Araçatuba:** Rua José Bonifácio, 245 – Centro – CEP 16010-380
Telefones: (18) 3624-8783/3622-1636
- **Botucatu:** Rua Braz de Assis, 235 – Vila do Lavradores
CEP 18609-096 – Telefones: (14) 3814-1049/3813-6755
- **Campinas:** Rua Saldanha Marinho, 1046 – Botafogo
CEP 13013-081 – Telefones: (19) 3237-0208/3234-1861
Fax: (19) 3236-1609
- **Guarulhos:** Rua Morvam Figueiredo, 65 – Conjuntos 62 e 64 – Edifício Saint Peter – Centro – CEP 07090-010
Telefones: (11) 2408-7683/2087-1622
- **Itapetininga:** Rua Cesário Mota, 418 – Centro – CEP 18200-080
Telefones: (15) 3271-9966/3275-3397
- **Marília:** Av. Rio Branco, 262 – Centro – CEP 17500-090
Telefones: (14) 3433-5902/3413-1073
- **Osasco:** Rua Cipriano Tavares, 130, sala 1 – térreo – Centro
CEP 06010-100 – Telefone: (11) 3681-6814/3681-2933

- **Presidente Prudente:** Av. Washington Luiz, 300 – Centro
CEP 19010-090 – Telefones: (18) 3221-6927/3222-7756
Fax: (18) 3222-3108

- **Registro: NAPE** (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.

Av. Prefeito Jonas Banks Leite, 456 – salas 202 e 203 – Centro
CEP 11900-000 – Telefone: (13) 3821-2490

- **Ribeirão Preto:** Av. Presidente Vargas, 2001 – Conjunto 194 – Jardim Santa Ângela – CEP 14020-260 – Telefones: (16) 3911-2818 ou 3911-2808

- **Santa Cecília: NAPE** (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.

Rua Dona Veridiana, 298 – Santa Cecília – São Paulo – CEP 01238-010
Telefone: (11) 3221-0812

- **Santo Amaro: NAPE** (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.

Rua Amador Bueno, 328 – sala 1 – térreo – Santo Amaro – São Paulo - SP
CEP 04752-005 – Telefone: (11) 5523-2631

- **Santo André:** Rua Dona Elisa Fláquer, 70 conjuntos 31, 36 e 38
3º andar – Centro – CEP 09020-160
Telefones: (11) 4437-4324 (atendimento)/4437-4325 (fiscalização)

- **Santos:** Av. Dr. Epitácio Pessoa, 214 – Embaré – CEP 11045-300
Telefones/Fax: (13) 3289-3700/3289-4351

• **São José do Rio Preto:** Av. Dr. Alberto Andaló, 3764 – Vila Redentora – CEP 15015-000 – Telefones: (17) 3222-3171 ou 3222-5232 Fax: (17) 3212-9447

• **São José dos Campos:** Av. Dr. Nelson D’avila, 389 Sala 141A Centro – CEP 12245-030 – Telefones: (12) 3922-8419/3921-8871

• **São Paulo: Coren-SP Educação (atividades de aprimoramento):** Rua Dona Veridiana, 298 – Santa Cecília – CEP 01238-010 Telefone/Fax: (11) 3223-7261

• **Sorocaba: NAPE** (Núcleo de Atendimento ao Profissional de Enfermagem): atendimento ao profissional, exceto fiscalização, responsabilidade técnica e registro de empresa.

Av. Washington Luiz, 310, sala 36 (3º andar) – Jardim Emília
CEP 18031-000 – Telefone: (15) 3233-0155


CANAIS DE DIÁLOGO E COMUNICAÇÃO DO COREN-SP

Acesse nosso portal:
www.coren-sp.gov.br



 Fale Conosco

www.coren-sp.gov.br/fale-conosco

 Ouvidoria

www.coren-sp.gov.br/ouvidoria


0800-77-26736

 Facebook


www.facebook.com/corensaopaulo

 Instagram


@corensaopaulo

 YouTube

www.youtube.com/tvcorensp

 LinkedIn

www.linkedin.com/in/corensaopaulo

 Twitter

www.twitter.com/corensaopaulo

Tenha acesso ao este e outros livros e manuais produzidos pelo Coren-SP e faça *download* gratuito em: www.coren-sp.gov.br/publicacoes/livros



A blank sheet of white paper with 21 horizontal black lines, spaced evenly down the page. A gray rectangular bar is located in the top right corner. The lines are intended for writing.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. In the top right corner, there is a grey rectangular area, likely a header or a placeholder for a logo. The paper is otherwise empty of any text or markings.

Segurança do Paciente Guia para a Prática

O livro *Segurança do Paciente – Guia para a Prática* é de autoria das Câmaras Técnicas do Coren-SP, em parceria com a Rebraensp.

A publicação apresenta os desafios enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde para a redução de riscos e danos aos pacientes; apresenta os principais tipos de ocorrência e explora as seis metas internacionais de segurança do paciente, propondo ferramentas para sua viabilização.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Acesse nossas redes sociais

