

Rede Brasileira de Enfermagem
e Segurança do Paciente

REBRAENSP/Polo RS

ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Manual para Profissionais da Saúde

Rede Brasileira de Enfermagem
e Segurança do Paciente



REBRAENSP



ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Manual para Profissionais da Saúde



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

Chanceler

Dom Dadeus Grings

Reitor

Joaquim Clotet

Vice-Reitor

Evilázio Teixeira

Conselho Editorial

Agemir Bavaresco

Ana Maria Mello

Armando Luiz Bortolini

Augusto Buchweitz

Beatriz Regina Dorfman

Bettina Steren dos Santos

Carlos Gerbase

Carlos Graeff Teixeira

Clarice Beatriz da Costa Sohngen

Cláudio Luís C. Frankenberg

Elaine Turk Faria

Erico Joao Hammes

Gilberto Keller de Andrade

Jane Rita Caetano da Silveira

Jorge Luis Nicolas Audy – Presidente

Lauro Kopper Filho

Luciano Klöckner

EDIPUCRS

Jerônimo Carlos Santos Braga – **Diretor**

Jorge Campos da Costa – **Editor-Chefe**

Rede Brasileira de Enfermagem
e Segurança do Paciente

REBRAENSP Polo RS

ESTRATÉGIAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Manual para Profissionais da Saúde

Rede Brasileira de Enfermagem
e Segurança do Paciente



REBRAENSP



© 2013, EDIPUCRS,

CAPA Shaiani Duarte

DIAGRAMAÇÃO Jorge Meura

REVISÃO TEXTUAL Patrícia Aragão

IMPRESSÃO E ACABAMENTO 

Edição revisada segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.



EDIPUCRS – Editora Universitária da PUCRS

Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 33

Caixa Postal 1429 – CEP 90619-900

Porto Alegre – RS – Brasil

Fone/fax: (51) 3320 3711

E-mail: edipucrs@pucrs.br – www.pucrs.br/edipucrs

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R314e 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.
132 p.

ISBN 978-85-397-0355-5

1. Saúde. 2. Segurança do paciente. 3. Assistência
em Saúde. I. Título.

CDD 610.696

Ficha Catalográfica elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfílmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos, videográficos. Vedada a memorização e/ou a recuperação total ou parcial, bem como a inclusão de qualquer parte desta obra em qualquer sistema de processamento de dados. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração. A violação dos direitos autorais é punível como crime (art. 184 e parágrafos, do Código Penal), com pena de prisão e multa, conjuntamente com busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610, de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo RS

Organização e Revisão Final

Janete de Souza Urbanetto – Integrante da Equipe de Coordenação da REBRAENSP Nacional. Coordenadora da REBRAENSP – Polo RS. Professora-Doutora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia (FAENFI) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Luiza Maria Gerhardt – Integrante do Núcleo de Porto Alegre – REBRAENSP/Polo RS. Professora-Doutora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Revisão Técnica

Olga Rosaria Eidt – Professora-Doutora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia (FAENFI) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Colaboradores

REBRAENSP – Polo RS/ Núcleo de Santa Maria	
Anamarta Sbeghen Cervo	Enfermeira – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Bruna Pereira Chagas	Acadêmica – Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Carmen Rosa	Enfermeira – Hospital Casa de Saúde
Caroline Zottele	Enfermeira – Hospital Casa de Saúde
Cristiana Schuck	Enfermeira – Hospital Casa de Saúde
Eveline do Amaral Antonello	Enfermeira – Hospital Geral da UNIMED de Santa Maria
Fernanda Stock da Silva	Enfermeira – Hospital Geral da UNIMED de Santa Maria Coordenadora do Núcleo Santa Maria – REBRAENSP/Polo RS
Fabiana Tedesco Schirmer Corrêa	Enfermeira – Hospital São Francisco de Assis
Flaviana Stock Rodrigues	Enfermeira – Clínica SEFAS – Associação Franciscana de Assistência à Saúde
Gisele Flores Heringer	Enfermeira
Helena Carolina Noal	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Santa Maria (FISMA)
Jênifer da Silva Mello Rossi	Enfermeira – Hospital Casa de Saúde
Karla Cristiane Oliveira Bertolini	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)
Luciana Tronco Chielle	Enfermeira – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Marcia da Silva Bevilaqua	Enfermeira – Hospital São Francisco de Assis
Mara Glarete Rodrigues Marinho	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)

Mari Angela Meneghetti Baratto	Enfermeira – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Niura Cimara Ferreira dos Santos	Técnica de Enfermagem – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Noeli Terezinha Landerdahl	Enfermeira – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Roberta Dalenogari Rodrigues	Enfermeira – Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo
Renata Teresinha da Rosa	Enfermeira – Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
Sandra Márcia Soares Schmidt	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Santa Maria (FISMA)
Tânia Solange Bosi de Souza Magnago	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Thiana Sebben Pasa	Enfermeira – Aluna Pós-Graduação de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Vagner Costa Pereira	Enfermeiro – Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
REBRAENSP – Polo RS/ Núcleo de Porto Alegre	
Adriana Ferreira da Rosa	Enfermeira – Hospital Divina Providência
Ana Cristina Anzolin Bordin	Enfermeira – Hospital São Lucas – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
Ana Maria Müller de Magalhães	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)/Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
Ana Paula Vanz	Enfermeira – Instituto de Cardiologia/ Fundação Universitária de Cardiologia (IC/ FUC)
Anaeli Brandelli Peruzzo	Enfermeira – Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Angela Maria de Oliveira da Silva	Enfermeira – Hospital da Criança Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Cassiana Gil Prates	Enfermeira – Hospital Ernesto Dornelles
Christian Negeliskii	Enfermeiro – Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – Professor do Curso de Enfermagem da FEEVALE
Cynthia C. Majewski	Enfermeira – Professora da Factum Escola Técnica e Superior
Daniela Tenroller de Oliveira	Enfermeira – Hospital Moinhos de Vento
Débora Rosilei M. de Freitas Cunha	Enfermeira – Hospital Mãe de Deus
Emiliana dos Santos Costa	Enfermeira – Hospital Ernesto Dornelles
Eva Jaqueline da Silva Cardoso	Enfermeira – Hospital da Criança Santo Antônio – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA)
Fernanda de Menezes Guimarães	Enfermeira – Hospital Mãe de Deus
Gisela Maria Schebela Souto de Moura	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
Grabriela Manito Guzzo	Enfermeira – Hospital da Criança Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Graciela Wendt Barbosa	Enfermeira – Hospital Moinhos de Vento
Graziella Gasparotto Baiocco	Enfermeira – Hospital Nossa Senhora da Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Heloisa Helena Karnas Hoefel	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
Isis Marques Severo	Enfermeira – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
Isonia Timm Muller	Enfermeira – Hospital Moinhos de Vento – Coordenadora do Núcleo de Porto Alegre – REBRAENSP/Polos RS

Janice Teresinha Kunrath Brustolin	Enfermeira – Hospital Moinhos de Vento
Janete de Souza Urbanetto	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia (FAENFI) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Coordenadora da REBRAENSP – Polo RS
Jaqueline Eilert Fagundes	Enfermeira – Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia (IC FUC)
Juliane Cabral	Enfermeira – Hospital da Criança Santo Antônio – Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Louise Vecili Hoffmeister	Enfermeira – Hospital Divina Providência
Lovani Lohmann	Enfermeira – Hospital Nossa Senhora Conceição – Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Luciana Galo	Enfermeira – Hospital Santa Rita – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCPA)
Luiza Maria Gerhardt	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Maria Cristina Lore Schilling	Enfermeira – Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia (FAENFI) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
Maria Inês Marques Voigt	Enfermeira – Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
Marilene Bock	Enfermeira – Hospital Divina Providência
Michele Santos Malta	Enfermeira – Hospital Mãe de Deus
Paula Kullmann dos Passos	Enfermeira – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCPA)

Renata Pereira Silva	Enfermeira – Hospital Moinhos de Vento
Rita B. Timmers Townsend	Enfermeira – Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC)
Rosana Spolidoro da Silva Lopez Ramos	Enfermeira – Hospital Dom Vicente Scherer – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA)
Seméia de Oliveira Corral	Enfermeira – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA)
Silvia Goldmeier	Enfermeira – Instituto de Cardiologia da Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC)
Simone Pasin	Enfermeira – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
Taiana Kessler Gomes Saraiva	Enfermeira – Hospital Moinhos de Vento
Terezinha Valduga	Enfermeira – Associação Brasileira de Enfermagem – RS
Vânia Rohsig	Enfermeira – Hospital Moinhos de Vento
William Wegner	Enfermeiro – Professor do Curso de Enfermagem – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Centro Universitário Metodista (IPA)
REBRAENSP – Polo RS/Núcleo da Região dos Vales	
Andreza Maria Schuster	Enfermeira – Hospital Santa Cruz
Aracéli Bernhard	Enfermeira – Hospital Santa Cruz
Catia Barcelos	Enfermeira – Hospital Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul
Dagmar Herberts	Enfermeira – Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Canoas
Eliane Carlosso Krummenauer	Enfermeira – Hospital Santa Cruz
Gilciane Bolzan Wansing	Enfermeira – Hospital Santa Cruz

Janine Koepp	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) – Coordenadora do Núcleo da Região dos Vales – REBRAENSP/Polo RS
Miriam Giehl Borges	Enfermeira – Hospital Santa Cruz
Rodrigo D’Avila Lauer	Enfermeiro – Hospital Ana Nery
REBRAENSP – Polo RS/Núcleo de Passo Fundo	
Liege Dutra	Enfermeira – Hospital São Vicente de Paulo – Coordenadora do Núcleo de Passo Fundo – REBRAENSP/Polo RS
REBRAENSP – Polo RS/Núcleo da Região do Vale do Paranhana	
Alessandra Soares Santos	Enfermeira – Hospital Bom Jesus, Sistema Mãe de Deus, Taquara
Clarissa Fonseca Volbrath Possmayer	Enfermeira – Hospital Bom Jesus, Sistema Mãe de Deus, Taquara
Claudia Capellari	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) – Coordenadora do Núcleo Região do Vale do Paranhana – REBRAENSP/Polo RS
Emanuela Ramos	Enfermeira – Hospital Bom Jesus, Sistema Mãe de Deus, Taquara
Gabriele Cristine Schonardie Gonçalves	Enfermeira – Secretaria Municipal de Saúde de Rolante
Leila Schmidt	Acadêmica – Enfermagem – Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT)
Lucineia da Silva Cardias	Enfermeira – Centro Nefrológico de Taquara
Rosangela de Quadro Moura	Enfermeira – Hospital de Rolante
Vilma Fioravante Santos	Enfermeira – Professora do Curso de Enfermagem – Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Passos da higienização simples/antisséptica das mãos	19
Figura 2 – Passos da fricção antisséptica das mãos	20
Figura 3 – Os cinco momentos para higienização das mãos	21
Quadro 1 – <i>Morse Fall Scale</i>	42
Quadro 2 – Fatores de risco para úlceras por pressão (UPs)	46
Quadro 3 – Escala de Braden para adultos	50
Quadro 4 – Objetivos da Campanha Cirurgia Segura Salva Vidas	74
Quadro 5 – Três momentos de verificação: <i>SIGN IN</i> , <i>TIME OUT</i> e <i>SIGN OUT</i>	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
ISMP – Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices)
JCI – Joint Commission Internacional
OMS – Organização Mundial da Saúde
PICC – cateter central de inserção periférica
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROFAPS – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PROQUALIS – Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SBAR – técnica ou metodologia SBAR (situação, *background*, avaliação e recomendação)
SNH – Sistema Nacional de Hemovigilância
UP – úlcera por pressão

SUMÁRIO

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE	1
APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	7
ESTRATÉGIAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE	15
ESTRATÉGIA 1: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	17
ESTRATÉGIA 2: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	26
ESTRATÉGIA 3: COMUNICAÇÃO EFETIVA	31
ESTRATÉGIA 4: PREVENÇÃO DE QUEDA	38
ESTRATÉGIA 5: PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO	45
ESTRATÉGIA 6: ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS	53
ESTRATÉGIA 7: USO SEGURO DE DISPOSITIVOS INTRAVENOSOS	64
ESTRATÉGIA 8: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SEGUROS	74
ESTRATÉGIA 9: ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES	79
ESTRATÉGIA 10: UTILIZAÇÃO SEGURA DE EQUIPAMENTOS	88
ESTRATÉGIA 11: PACIENTES PARCEIROS NA SUA SEGURANÇA	92
ESTRATÉGIA 12: FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O CUIDADO SEGURO	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE

A ideia da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente surgiu da criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em novembro de 2005, em Concepción, no Chile, a partir de reuniões promovidas pelo Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde. Nessas reuniões foram analisadas as tendências e as prioridades no desenvolvimento da enfermagem na área de Enfermagem e Segurança do Paciente, foram discutidas as prioridades de cooperação técnica e de intercâmbio de informações e as necessidades de estudos que fortaleçam o cuidado de enfermagem, a sua gestão, investigação, informação e educação inicial e na área da Enfermagem e Segurança do Paciente^{1,2}.

A Rede foi formalmente constituída no dia 14 de maio de 2008, em São Paulo, como meio de potencializar o conhecimento e esforços entre atores comprometidos com o desenvolvimento permanente desta área no Brasil. A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) é a estratégia de vinculação, cooperação e sinergia entre pessoas, instituições, organizações e programas interessados no desenvolvimento dos cuidados de saúde, gestão, pesquisa e informação, e educação inicial e permanente da Enfermagem, com a finalidade de contribuir para a promoção e proteção da saúde humana, melhoria permanente da qualidade dos serviços e promover o acesso universal e equitativo dos cuidados de saúde no Brasil¹.

São objetivos da REBRAENSP: compartilhar informações e conhecimentos relacionados à área de Enfermagem

e Segurança dos Pacientes; promover a articulação entre os membros, para ampliar e fortalecer as suas atividades de cuidado, ensino, pesquisa e cooperação técnica; compartilhar metodologias e recursos tecnológicos destinados às atividades de cuidado, gestão, educação, investigação, informação e cooperação técnica relacionada à enfermagem e segurança do paciente; e promover o acesso equitativo e universal às fontes de informação técnico-científicas e referenciais em matéria de enfermagem e segurança do paciente, entre outros¹.

Em todo o Brasil, a REBRAENSP organiza-se em Polos (geralmente estaduais) e Núcleos (em regiões ou cidades de cada estado), que atuam de forma a implementar e desenvolver os objetivos firmados com a Rede Nacional. No Rio Grande do Sul, a REBRAENSP foi estruturada em 11 de setembro de 2008, em reunião na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com a participação de 49 enfermeiros, representando 13 microrregiões de saúde do Estado, sendo então denominada de Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo Rio Grande do Sul (REBRAENSP – Polo RS). Atualmente a REBRAENSP – Polo RS possui cinco Núcleos (Núcleo de Porto Alegre, Núcleo de Passo Fundo, Núcleo da Região dos Vales, Núcleo da Região do Paranhana e Núcleo de Santa Maria) e 85 profissionais de enfermagem integrantes.

A logomarca da REBRAENSP (abaixo) representa a união das regiões do país em torno da defesa pela segurança do paciente.

Rede Brasileira de Enfermagem
e Segurança do Paciente



REBRAENSP

REFERÊNCIA

1 REBRAENSP. Acordos Básicos de Cooperação na Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. São Paulo, SP: Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente; 2009. 4 f. Digitado.

APRESENTAÇÃO

Com a publicação de *Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para Profissionais da Saúde*, o objetivo da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo RS é oferecer aos profissionais e serviços de atenção à saúde informações úteis, baseadas em evidências e atualizadas, que sejam aplicáveis e exequíveis na rotina diária e que subsidiem o cuidado seguro a todos os pacientes.

O *Manual* compreende 12 estratégias que visam à prevenção de danos e promoção da segurança do paciente. As estratégias foram selecionadas a partir dos desafios globais formulados pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente – Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura e Cirurgias Seguras Salvam Vidas, respectivamente em 2005-2006 e 2007-2008. A escolha resultou, também, do julgamento dos integrantes dos Núcleos da REBRAENSP – Polo RS, com base na sua extensa e sólida experiência profissional em diversos tipos de serviços de atenção à saúde e na formação de profissionais.

As estratégias que compõem o *Manual* são as seguintes: Higienização das Mãos; Identificação do Paciente; Comunicação Efetiva; Prevenção de Queda; Prevenção de Úlcera por Pressão; Administração Segura de Medicamentos; Uso Seguro de Dispositivos Intravenosos; Procedimentos Cirúrgicos Seguros; Administração Segura de Sangue e Hemocomponentes; Utilização Segura de Equipamentos; Pacientes Parceiros na sua Segurança; e Formação de Profissionais da Saúde para a Segurança do Paciente.

Cada estratégia está estruturada em três seções e é complementada pelas referências. A seção inicial, *Aspectos Relevantes*, traz informações básicas sobre o tema e sua

contextualização na Segurança do Paciente. Na seção de *Recomendações*, apresentam-se ações de prevenção de danos e promoção da segurança reconhecidamente eficazes; e, na última, *Lembre*, acrescentam-se informações que servem de suporte ou são requisitos para o sucesso das ações recomendadas.

Quanto às referências utilizadas nas seções, é importante informar que se buscou fundamentar o *Manual* no posicionamento e nas recomendações de instituições e autores nacionais e internacionais com reconhecida credibilidade na área da Segurança do Paciente, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Organização Mundial da Saúde (OMS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e Joint Commission Internacional (JCI), entre outras.

O *Manual* ainda oferece aos leitores a oportunidade de conhecer a história da formação, bem como o modo de trabalho da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, alinhada com o movimento mundial iniciado pela Organização Mundial da Saúde, em 2004, com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. A Aliança conclama não só profissionais e serviços de atenção à saúde, mas também os países e seus governos a darem atenção ao tema e desenvolverem iniciativas para a segurança do paciente.

Tanto o *Manual* como um todo quanto as estratégias em particular não têm a pretensão de serem exaustivos, mas de serem uma fonte de consulta confiável e rápida para profissionais e serviços de atenção à saúde. É um documento que se soma a outros já existentes no Brasil, ampliando os recursos disponíveis para subsidiar a construção da cultura de segurança na atenção à saúde.

REBRAENSP – Polo RS

INTRODUÇÃO

Na atenção à saúde, a segurança é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado¹. A segurança do paciente é definida como a redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável², pois, considerando-se a complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial para o dano é real.

O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, exigindo 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”^{3,9}.

Em toda a Rede de Atenção à Saúde, que se configura como um conjunto de ações e serviços, com densidades tecnológicas distintas e focados na integralidade e qualidade do cuidado³, a segurança deve ser valorizada como um direito do paciente e um compromisso ético do profissional de saúde. Assim, os múltiplos pontos de atenção à saúde – como, por exemplo, domicílios, unidades básicas de saúde, serviços de hemoterapia e hematologia, centros de apoio psicossocial e hospitais³ – devem proporcionar cuidados e serviços seguros à população atendida.

No entanto, a ampla variedade e os diferentes níveis de complexidade das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde apresentam características e necessidades específicas quanto à segurança do paciente. O hospital ainda está no centro das atenções de profissionais e instituições de saúde, órgãos governamentais e pesquisadores. A atenção primária, por sua vez, tem especificidades quanto à segurança do cuidado que precisam ser identificadas e adequadamente abor-

dadas⁴. Desse modo, será possível melhorar suas estruturas, modelos e métodos e oferecer cuidados mais seguros⁵.

Estudo realizado no Canadá revelou dois grandes temas da segurança na atenção primária: as falhas ou demoras nos diagnósticos e o manejo de medicamentos. Tais temas estavam estreitamente relacionados a três aspectos característicos da atenção primária, descritos como comunicação, processos administrativos e conhecimento e habilidades dos profissionais⁵.

A atenção básica se constitui como o principal ponto de acesso ao Sistema Único de Saúde brasileiro e deve coordenar a comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde⁶. Um sistema de atenção à saúde bem planejado, que considera que o ser humano pode errar, se antecipa na identificação de riscos antes que atinjam o paciente e causem danos⁵. Muito do que já se conhece e faz pela segurança do paciente no meio hospitalar pode ser aproveitado na atenção básica, mas suas características e necessidades peculiares devem ser contempladas para que se possa oferecer o cuidado seguro em toda a Rede de Atenção à Saúde.

Para que o cuidado seja seguro, também é necessário construir uma cultura de segurança do paciente, em que profissionais e serviços compartilhem práticas, valores, atitudes e comportamentos de redução do dano e promoção do cuidado seguro. É preciso que medidas de segurança sejam sistematicamente inseridas em todos os processos de cuidado⁷.

O conceito de cultura de segurança tem sua origem em outras áreas, como aviação e energia nuclear, nas quais o trabalho se caracteriza pela complexidade e pelo risco. Na área da saúde, é um conceito ainda em construção, mas alguns de seus aspectos básicos já estão identificados⁸:

- reconhecimento da natureza de alto risco das atividades da organização e a determinação de alcançar consistentemente

operações seguras;

– um ambiente livre de culpabilização, no qual os indivíduos são capazes de relatar erros que resultaram em incidente com dano ao paciente, bem como erros que tinham o potencial para causar dano ao paciente (erros que não ocorreram por acaso ou porque foram interceptados intencionalmente), sem medo de repreensão ou punição;

– incentivo à colaboração entre profissionais e áreas do conhecimento para buscar soluções para problemas de segurança do paciente;

– comprometimento organizacional de recursos para lidar com questões de segurança.

A segurança do paciente tornou-se um movimento mundial, exigindo o estabelecimento de uma linguagem comum, acordada internacionalmente, e que contribua para o processo de comunicação efetiva em saúde. Com o intuito de padronizar as terminologias, foi realizado um grande estudo, publicado em 2009, denominado *International Classification for Patient Safety*⁹. Entre os 48 conceitos-chave e termos principais, destacam-se os listados a seguir, traduzidos pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente – PROQUALIS¹⁰.

Paciente é a “pessoa que recebe cuidado de saúde”, sendo este definido como “serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorar ou restaurar a saúde”. Os pacientes são referidos como pacientes, preferencialmente a consumidores ou clientes.

Segurança é a “redução, a um mínimo aceitável, de risco de dano desnecessário”.

Segurança do Paciente é a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.

Incidente de Segurança do Paciente (incidente) é o “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente”.

Incidente sem dano é um “evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível”.

Incidente com dano (evento adverso) é um “incidente que resulta em dano ao paciente”.

Dano associado ao cuidado de saúde é o “dano surgido por ou associado a planos ou ações realizadas durante o cuidado de saúde ao invés de a uma doença de base ou lesão”.

Near miss “é o incidente que não atingiu o paciente”.

Erro “é definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Pode ocorrer por fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução”.

Resultado para o paciente* é o “impacto em um paciente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente”:

Lesão: dano para os tecidos causado por um agente ou um evento.

- Sofrimento: experiência de algo subjetivamente desagradável. Inclui dor, mal-estar, náusea, vômito, depressão, agitação, medo e aflição.
- Incapacidade: qualquer tipo de limitação relacionada à estrutura ou função do corpo, limitação de atividade e/ou restrição de participação na sociedade, associado a um dano passado ou presente.

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo RS (REBRAENSP – Polo RS) oferece este

* Diferentemente do PROQUALIS, optou-se por traduzir o termo *Patient Outcome* como “resultado para o paciente” e não como “resultado do cuidado”. todo e qualquer indivíduo que de forma voluntária ou remunerada permanece junto do paciente por um período de tempo consecutivo e sistemático, proporcionando companhia, suporte emocional e que, eventualmente, realiza cuidados em prol do paciente mediante orientação ou supervisão da equipe de saúde^{12:12}.

Manual aos profissionais da saúde em momento particularmente significativo para a Saúde no Brasil – o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, o PNSP, visa “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”^{11:43}.

Os objetivos do PNSP, definidos no Artigo 3º, revelam que a perspectiva sistêmica e processual está caracterizando o esforço nacional pela segurança do paciente^{11:43}:

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.

Neste *Manual*, o familiar e/ou o cuidador são designados pelo termo acompanhante, definido como

REFERÊNCIAS

1 WHO. Fifty-fifth World Health Assembly. A55/13. Quality of care: patient safety. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 2013 Mar 10]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/about/wha_resolution/en/index.html

2 WHO. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO; 2009 [acesso em 2013 Mar 5]. Disponível em: www.who.int/.../icps/icps_full_report_es.pdf

3 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2010 [acesso em 2013 Maio 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

4 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2011 [acesso em 2013 Maio 19]. Disponível em: www.conass.org.br/colecao2011/livro_3.pdf

5 Kingston-Riechers J, Ospina M, Jonsson E, Childs P, McLeod L, Maxted J. Patient Safety In Primary Care. Edmonton, Alberta (CA): Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council; 2010 [acesso em 2013 Maio 19]. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/patientSafetyPublications/Pages/default.aspx>

6 Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2013 Maio 19]. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

7 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, DC (US): National Academy Press; 2000.

8 Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ (US). Safety culture. Rockville, MD; [data desconhecida] [acesso em 2013 Mar 5]. Disponível em: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?prime-rID=5>

9 Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf 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. Disponível em: <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/16534534.pdf>

10 Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (PROQUALIS) (BR), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Taxonomia - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) [slide]. Rio de Janeiro, RJ: PROQUALIS; 2010 [acesso em 2013 Mar 18]. Disponível em: http://pesquisa.proqualis.net/index.php?detail=1&q=taxonomia&sort=creation_date+desc&bvs_logo=&bvs_link=&banner_image=&banner_text=&home_text=&home_url=&css=&display_banner=&addfilter=id:000000656

11 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 02 abr 2013 [acesso em 2013 Maio 5]; Seção 1,(62):43. Disponível em:

<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&-data=02/04/2013>

12 Prochnow AG, Santos JLG, Pradebon VM, Schimith MD. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(1):11-8.

**ESTRATÉGIAS
PARA SEGURANÇA
DO PACIENTE**

ESTRATÉGIA 1: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

ASPECTOS RELEVANTES

A higienização das mãos é, com certeza, uma das práticas de maior relevância no cuidado à saúde das pessoas. Estudos realizados em todo o mundo têm mostrado a associação das infecções adquiridas no ambiente hospitalar à prática inadequada de higienização das mãos. Estima-se que 1,7 milhão de infecções esteja associado ao cuidado em saúde e, deste, 100.000 mortes associadas a infecções¹. Esses dados e a comprovação de que o paciente adquiriu uma infecção hospitalar têm provocado a recusa de pagamento de tratamentos por parte dos planos de saúde².

As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS)³ para a higienização das mãos, endossadas no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), indicam a utilização de água e sabonete líquido ou soluções alcoólicas⁴⁻⁵. A possibilidade de higienizar as mãos com álcool e a praticidade dessa medida na rotina de cuidado resultaram em aumento da adesão dos profissionais de saúde⁶.

A prática da higiene das mãos é simples, embora seja considerada repetitiva e maçante. Os profissionais de saúde raramente associam as infecções adquiridas pelos pacientes nos hospitais à inadequada higienização das mãos da equipe. Barreiras comuns à efetiva prática da higienização das mãos estão relacionadas com a falta de acesso a materiais e equipamentos, tempo insuficiente, irritação da pele, ignorância sobre o problema, entre outras⁷.

A higienização simples das mãos (Figura 1), com água e sabonete líquido, tem a finalidade de remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele,

assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos. A higienização antisséptica das mãos (Figura 1) ocorre da mesma forma que a simples, mas utiliza um produto antisséptico no lugar do sabonete líquido, reduzindo a carga microbiana das mãos. A fricção antisséptica das mãos (Figura 2) com preparações alcoólicas reduz a carga microbiana, mas não remove a sujidade. Assim, pode-se substituir a higienização com água e sabonete líquido apenas quando as mãos não estiverem visivelmente sujas⁴.

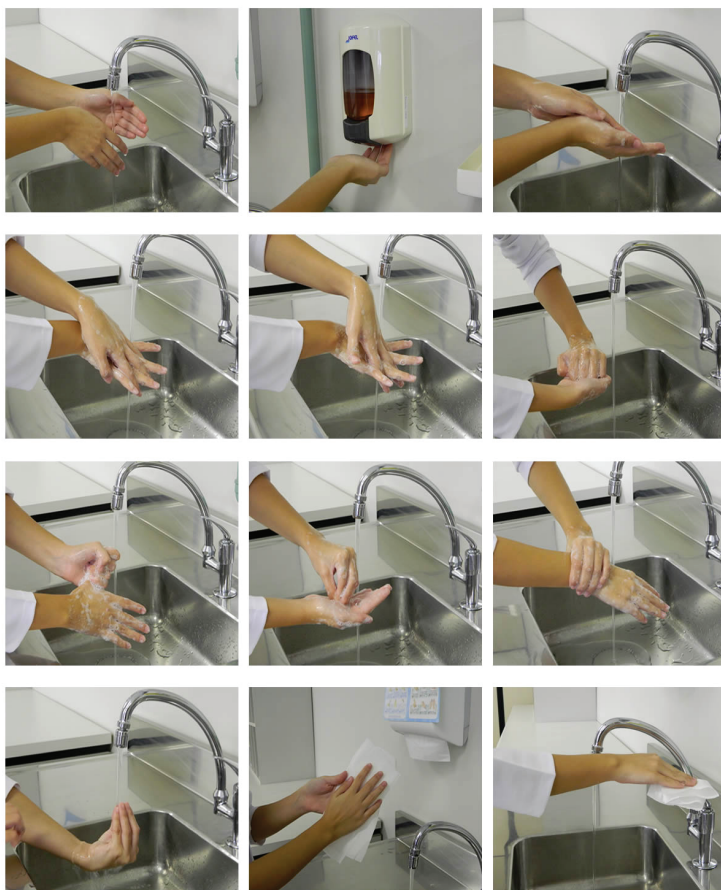


Figura 1 – Passos da higienização simples/antisséptica das mãos, conforme recomendação da ANVISA⁴.

Fonte: Fotos autorizadas, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.



Figura 2 – Passos da fricção antisséptica das mãos, conforme recomendação da ANVISA⁴.

Fonte: Fotos autorizadas, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A ANVISA adota as recomendações da OMS quanto aos cinco momentos para a higienização das mãos – (1) antes de contato com o paciente, (2) antes da realização de procedimento asséptico, (3) após risco de exposição a fluidos corporais, (4) após contato com o paciente e (5) após contato com as áreas próximas ao paciente – e disponibiliza materiais informativos para utilização pelas instituições (Figura 3)⁸.

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

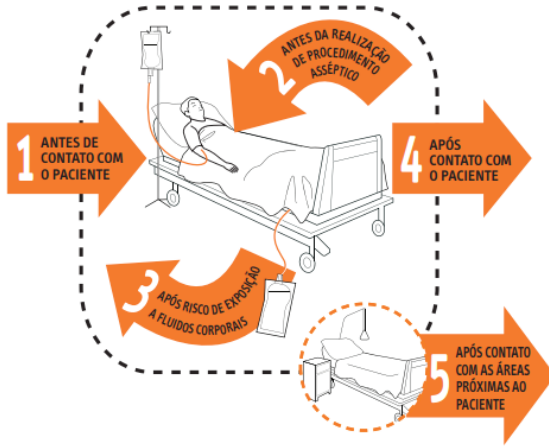


Figura 3 – Os cinco momentos para higienização das mãos.

Fonte: Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Sistema Único de Saúde; Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; World Alliance for Patient Safety. Os 5 momentos para a higienização das mãos. Brasília: ANVISA; [data desconhecida] [acesso em 2013 fev. 24]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/higienizacao_oms.htm

RECOMENDAÇÕES

- A técnica de higienização simples das mãos (uso de água e sabonete líquido) deve ter duração de 40 a 60 segundos, seguir rigorosamente os passos de execução (Figura 1) e ser aplicada nas seguintes situações⁴:
 - ✓ ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
 - ✓ quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;

- ✓ antes e após ir ao banheiro;
- ✓ antes e após as refeições;
- ✓ antes do preparo de alimentos;
- ✓ antes do preparo e manipulação de medicamentos;
- ✓ antes e após contato com paciente colonizado ou infectado por *Clostridium difficile*;
- ✓ após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico;
- ✓ após a remoção de luvas.
- A técnica de fricção antisséptica das mãos (com preparação alcoólica na forma gel ou líquida com 1-3% de glicerina) deve ter duração de 20 a 30 segundos, seguir rigorosamente os passos de execução (Figura 2) e ser aplicada quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir⁴:
 - ✓ antes de contato com o paciente;
 - ✓ após contato com o paciente;
 - ✓ antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
 - ✓ antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
 - ✓ após o risco de exposição a fluidos corporais;
 - ✓ ao mudar de um sítio corporal para outro, contaminado ou não, durante o cuidado ao paciente.
- É importante manter parceria com o Serviço de Controle de Infecção quanto à vigilância e educação para efetividade da higienização das mãos.
- As instituições podem utilizar a “Estratégia Multimodal da OMS”, recomendada pelas Diretrizes do Desafio Global para a Segurança do Paciente sobre Higienização das Mãos em Serviços de Saúde⁹.

LEMBRE

- Intervenções isoladas para promover adesão à

- higienização das mãos pelos profissionais têm impacto de curta duração^{4,10}.
- ☑ Lembretes (pôsteres, cartazes) têm um efeito modesto, mas sustentado^{4,10}.
 - ☑ O *feedback* aos profissionais eleva as taxas de adesão, mas deve ser realizado regularmente^{4,10}.
 - ☑ Preparações alcoólicas disponíveis em área próxima ao paciente aumentam a frequência de higienização das mãos pelos profissionais de saúde^{4,10}.
 - ☑ Abordagens multifacetadas, combinando educação com material escrito, lembretes e *feedback* do desempenho dos profissionais, têm um efeito mais marcante sobre a adesão e taxas de infecção^{4,10}.
 - ☑ O uso de adornos, como anéis, pulseiras e relógio, não é permitido¹¹. As unhas devem estar curtas e com o esmalte íntegro.
 - ☑ O uso de luvas não substitui a necessidade de higienização das mãos.
 - ☑ Oriente e estimule o acompanhante a higienizar suas mãos antes e após entrar em contato com o paciente e ao entrar e sair do serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

1 Klevens RM, Edwards JR, Richards CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, Cardo DM. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. Public Health Rep. 2007 Mar-Apr;122(2):160-6.

2 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) (US). Medicare program; changes to the hospital inpatient prospective payment systems and fiscal year 2008 rates. Fed Regist. 2007 Aug 22;72(162):47129-8175.

3 World Health Organization. The WHO guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft). Global patient safety challenge 2005-2006: “Clean care is safer care”. Geneva: WHO Press; 2006

[acesso em 2013 Fev 24]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ghhad_download_link/en/

4 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília: ANVISA; 2009 [acesso em 2013 Fev 24]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf

5 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR); Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, World Alliance for Patient Safety. Diretrizes da OMS sobre higienização das mãos em serviços de saúde (versão avançada): as 9 recomendações-chave para a melhoria das práticas de higienização das mãos. Brasília: ANVISA; [data desconhecida] [acesso em 2013 Fev 24]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controlo/higienizacao_oms.htm

6 Earl ML, Jackson MM, Rickman LS. Improved rates of compliance with hand antisepsis guidelines: a three-phase observational study. *Am J Nurs*. 2001 Mar;101(3):26-33.

7 Haas JP, Larson El. Compliance with hand hygiene. *AJN*. 2008 Aug;108(8):40-4.

8 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Sistema Único de Saúde; Organização Mundial da Saúde, World Alliance for Patient Safety, Organização Pan-Americana da Saúde. Os 5 momentos para a higienização das mãos. Brasília: ANVISA; [data desconhecida] [acesso em 2013 Fev 24]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controlo/higienizacao_oms.htm

9 Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de

Vigilância Sanitária; 2008 [acesso em 2013 Fev 24]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf

10 Nairoba S, Hayward A. The effectiveness of interventions aimed at increasing handwashing in healthcare workers – systematic review. *J Hosp Infect.* 2001 Mar;47:173-80.

11 Brasil, Ministério do Trabalho. NR 32 - segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Portaria GM n.º 939, de 18 de novembro de 2008. Brasília: Ministério do Trabalho; 2008 [acesso em 2013 Mar 15]. Disponível em: [portal.mte.gov.br/data/files/.../NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](portal.mte.gov.br/data/files/.../NR-32%20(atualizada%202011).pdf)

ESTRATÉGIA 2: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ASPECTOS RELEVANTES

Para assegurar a qualidade e segurança do cuidado no serviço de saúde, é indispensável a prática da identificação correta do paciente. O atendimento em saúde constitui-se num processo composto por várias etapas, que envolvem múltiplos procedimentos de diagnóstico e tratamento executados por diferentes profissionais. Essa complexidade, característica da atenção à saúde, exige que profissionais e serviços estabeleçam práticas seguras de identificação do paciente.

Falhas no atendimento podem ocorrer em virtude de ausência ou duplicidade de informações, ou mesmo de imprecisões nos dados de cadastro do paciente. Estas situações podem repercutir, na prática, em erros associados ao uso de medicamentos, erros na transfusão sanguínea, erros na realização de procedimentos cirúrgicos e exames diagnósticos e, até mesmo, na troca de bebês em maternidades¹.

A identificação do paciente pode ser feita por diversos meios, mas sempre é necessário considerar e minimizar a ocorrência de falhas, independente da forma utilizada. O uso de pulseiras de identificação, bastante difundido, é um sistema que apresenta limitações. Informações incorretas ou pacientes sem pulseira, bem como a falta de padronização do código de cores utilizadas pelos serviços/instituições, têm sido causas de erros na atenção à saúde².

Sistemas automatizados, como código de barras, identificação por radiofrequência e biometria, reduzem consideravelmente a ocorrência de erros¹. No entanto, por serem

operados por pessoas, podem ocorrer violações do processo, como omissão de etapas, não adesão à sequência de passos recomendados ou realização de ações não autorizadas como, por exemplo, o desligamento de sistemas de alarme de equipamentos destinados à confirmação dos dados de identificação do paciente³.

A introdução de tecnologias requer planejamento institucional e treinamento dos profissionais para que sejam utilizadas como se pretende e com segurança. No caso de pulseiras com código de barras, por exemplo, devem-se considerar as restrições para uso em recém-nascidos, por terem as extremidades muito pequenas e sensíveis; em crianças, pelo risco de sufocação; e em pacientes em precaução de contato³.

Além da identificação do paciente, justifica-se também, na perspectiva do cuidado seguro, a identificação de riscos, como, por exemplo, alergias e quedas. A prática da identificação de risco por meio de pulseiras coloridas está se tornando comum e, embora sirva como um mecanismo de alerta valioso, traz riscos implícitos caso não se utilize um código de cores padronizado, não só dentro de um serviço, mas, principalmente, entre serviços e instituições de atenção à saúde.

RECOMENDAÇÕES

- Adotar institucionalmente pelo menos dois identificadores para o paciente (nome e data de nascimento, por exemplo). O número do quarto/enfermaria do paciente não deve ser utilizado como um dos identificadores¹.
- Adotar protocolos para identificação de pacientes sem documentos de identificação/identidade e daqueles com nomes iguais¹. Pacientes com nomes idênticos não devem

- ficar no mesmo quarto/enfermaria.
- Estabelecer em norma institucional a quem cabe a responsabilidade de colocar a(s) pulseira(s) no paciente e que todos os profissionais tenham o compromisso de corrigir imediatamente erros ou omissões de identificação².
 - Ressaltar aos profissionais de saúde que é sua responsabilidade fundamental conferir, previamente a qualquer procedimento/tratamento, a identidade do paciente, de modo que o paciente correto receba o cuidado correto¹.
 - Implementar programas admissionais e de capacitação, abordando os procedimentos para a identificação correta do paciente, direcionados aos profissionais que atuam nos serviços de saúde¹.
 - Estabelecer protocolos de identificação para pacientes que se encontrem sem condições de comunicação verbal adequada, como pacientes pediátricos, sedados, comatosos e/ou desorientados.
 - Reconfirmar periodicamente com o paciente e acompanhante as informações da(s) pulseira(s). Os erros devem ser corrigidos imediatamente. São momentos importantes para a reconfirmação: antes de procedimentos invasivos, na transferência do paciente para outra unidade e no encaminhamento para a realização de exames e tratamentos².
 - Solicitar ao paciente que se identifique antes de receber um medicamento e de ser submetido a intervenções para diagnóstico ou tratamento¹.
 - Incentivar a rotulagem de frascos de sangue e outros materiais para exames na presença do paciente¹.
 - Esclarecer ao paciente/acompanhante a importância do processo de dupla checagem na identificação do paciente,

bem como estimular sua participação, transmitindo assim segurança e corresponsabilidade.

- Na dupla checagem o profissional deve:
 - ✓ solicitar que o paciente/acompanhante verbalize os dois identificadores; e
 - ✓ conferir com os dados nos documentos do paciente.
- No caso de instituições que adotem o uso de pulseiras, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo RS recomenda que estas sejam em número limitado² e nas seguintes cores:
 - ✓ pulseira de cor branca: para identificar o paciente;
 - ✓ pulseira de cor vermelha: para alerta de alergias;
 - ✓ pulseira de cor amarela: para alerta de risco de quedas.
- Padronizar o significado das cores das pulseiras utilizadas pelos serviços de atenção à saúde e utilizar somente cores primárias e secundárias, evitando o uso de diferentes tons de uma mesma cor em pulseiras com diferentes finalidades².
- Orientar o paciente e o acompanhante quanto à pulseira que é colocada no seu braço. Além de ser uma oportunidade para a interceptação de erros, demonstra e reforça o compromisso da instituição com a cultura de segurança por meio do estímulo à participação do paciente e acompanhante².
- Estabelecer protocolo para questionamento do laboratório e outros serviços quando os resultados de exames não são consistentes com a história clínica do paciente¹.

LEMBRE

- ☑ Mantenha vigilância constante quanto à integridade da pele do membro onde se encontra a pulseira de identificação.
- ☑ Em caso de não aceitação do uso da pulseira de

identificação, ou de impossibilidade do seu uso em virtude das condições clínicas do paciente, utilizar outros meios de identificação, como etiquetas, folha de identificação à beira do leito, placa no leito contendo dados de identificação, cartões sinalizadores de riscos, entre outros. Nessas situações também é imperativa a confirmação da identidade com o próprio paciente ou com o seu acompanhante.

- ☑ A limitação do número de cores e pulseiras contribui para evitar que profissionais que trabalham em mais de um serviço/instituição se confundam na interpretação de significados².
- ☑ Instruções impressas sucintas nas pulseiras podem contribuir para a interpretação correta do significado da cor. A escrita manual deve ser utilizada somente em situações de emergência².

REFERÊNCIAS

1 WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification. Patient Safety Solutions. 2007 May [acesso em 2013 Mar 12];1:8-11. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>

2 Emergency Care Research Institute (ECRI); Institute for Safe Medication Practice (ISMP). Use of color-coded patient wristbands creates unnecessary risk. Patient Safety Advisory. 2005 Dec 14 [acesso em 2013 Mar 15];2 Suppl, 2:4p. Disponível em: http://www.psa.state.pa.us/psa/lib/psa/advisories/v2_s2_sup__advisory_dec_14_2005.pdf

3 Koppel R, Wetterneck T, Telles JL, Karsh BT. Workarounds to barcode medication administration systems: their occurrences, causes, and threats to patient safety. Am Med Inform Assoc. 2008 Jul-Aug;15(4):408–423.

ESTRATÉGIA 3: COMUNICAÇÃO EFETIVA

ASPECTOS RELEVANTES

A comunicação permeia todas as atividades que integram a assistência ao paciente. Quanto mais especializado for o serviço, maior a necessidade de informações técnicas, especializadas e precisas¹. O hospital, por exemplo, é considerado uma organização de alta complexidade devido ao grande fluxo de informações que transpõem as diferentes áreas da organização. “O termo comunicação, em sua acepção mais fundamental, refere-se ao processo de compartilhar um mesmo objeto de consciência”^{2:14}, pressupõe relação, troca. Já a informação pode ser considerada uma parte desse processo. Pode-se dizer que a informação é uma comunicação em potencial. Ela pode ser estocada e armazenada, e também pode ser codificada e depois reconvertida num segundo momento (decodificada). Assim, não temos comunicação sem informação². No ambiente hospitalar, predomina a comunicação técnica pela alta especificidade característica deste setor.

Num mundo onde a necessidade contínua de informação se impõe, existe uma ideia de que informar é comunicar, de que a informação se transforma instantaneamente em comunicação, sem o esforço consciente dos envolvidos³. Mas, no momento em que as informações tornam-se cada vez mais numerosas e específicas, ofertadas por diversos meios, é necessário que as pessoas estejam preparadas para receber e usar essas informações⁴. Entende-se que “ocorre uma comunicação eficaz quando o significado pretendido da fonte e o significado percebido pelo receptor são virtualmente o mesmo”^{5:241}. Para que as informações clínicas sejam consistentemente transmitidas, são necessários conhecimen-

tos, habilidades e atitudes da equipe e, particularmente, uma comunicação adequada⁶.

A comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde⁷. Interrupções na comunicação ou a falta de trabalho em equipe são fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e resultados insatisfatórios de tratamentos. Entre as consequências das falhas na comunicação encontram-se o dano ao paciente, aumento do tempo de hospitalização e uso ineficaz de recursos⁶.

Problemas podem surgir na comunicação verbal, escrita, eletrônica, entre os membros da equipe, com a administração do serviço/instituição e com o paciente ou sua família⁷. A complexidade do cuidado à saúde pode exigir o envolvimento de profissionais de diversas áreas, serviços e níveis de atenção. O cuidado é realizado, muitas vezes, por equipes que trabalham em turnos e tais características aumentam o potencial de risco à segurança do paciente⁸.

Um requisito essencial para a continuidade do cuidado e a segurança do paciente é a comunicação consistente entre os profissionais, de uma equipe para a próxima e entre profissionais, paciente e familiar^{8,9}. Enquanto os profissionais se alternam, o paciente e a família são os mesmos e, nessa perspectiva, estão em posição-chave para, em parceria com a equipe, assegurar a continuidade do cuidado⁸.

RECOMENDAÇÕES

- Avaliar o processo de comunicação do serviço de saúde, identificando os pontos críticos que possam levar à ocorrência de eventos adversos.
- Estabelecer um sistema padronizado de informações, utilizando instrumentos que facilitem o processo de

comunicação, como, por exemplo: protocolos, nota de internação, nota de alta.

- Realizar auditorias sistematizadas e periódicas nos prontuários, identificando possíveis falhas no processo comunicacional.
- Estabelecer estratégias de educação permanente para a utilização efetiva de instrumentos de comunicação, como o prontuário e relatórios.
- Capacitar a equipe para aprimorar a comunicação com o paciente e acompanhante, garantindo a participação destes no processo do cuidado¹⁰.
- Capacitar a equipe para uma adequada comunicação entre os profissionais, utilizando estratégias que facilitem a compreensão das mensagens. A técnica ou metodologia SBAR (situação, *background*, avaliação e recomendação) é um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes, de forma clara e concisa. Pode ser utilizada em várias situações como, por exemplo, na passagem de plantão e transferência do paciente de uma unidade para outra. Na técnica SBAR, situação corresponde ao enunciado conciso do problema; *background*, à informação pertinente e breve acerca da situação/problema; avaliação, à análise e opções de resolução/encaminhamento e recomendação à ação necessária/recomendada^{8,11,12}.
- Colocar data e horário nos registros feitos no prontuário do paciente^{13,14}.
- Identificar o registro efetuado no prontuário com assinatura do profissional e o carimbo com nome legível e número de registro no respectivo conselho profissional^{14,15}.
- Proporcionar condições adequadas para a passagem de plantão, minimizando interrupções e ruídos que

interfiram na concentração e apreensão das informações transmitidas.

LEMBRE

- ☑ 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 para a pessoa que a compreendeu corretamente⁸.
- ☑ 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 completa¹⁵. Deve-se também garantir a legibilidade da letra do profissional¹⁶.
- ☑ As siglas, símbolos e abreviaturas devem ser evitados^{14,17}. Utilizá-los somente quando padronizados pela instituição¹⁴.
- ☑ 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 prontuário¹⁸.
- ☑ A alta hospitalar é uma etapa do cuidado em que a comunicação efetiva com o paciente e acompanhante é fundamental⁸: ambos devem receber e compreender informações que possibilitem o autocuidado seguro e adequado no domicílio.

REFERÊNCIAS

- 1 Joint Commission Resources (JCR) (US). Temas e estratégias para liderança em enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 2 Martino LC. De qual comunicação estamos falando? In: Hohlfeldt A, Martino LC, França VV, organizadores. Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências. 11^a ed. Porto Alegre (BR): Vozes; 2011. p.11-25.
- 3 Wolton D. Informar não é comunicar. Porto Alegre: Sulina; 2010.
- 4 Mumby DK. Reflexões críticas sobre comunicação e humanização das organizações. In: Kunsch MMK, organizadora. A comunicação como fator de humanização nas organizações. São Caetano do Sul, SP: Difusão; 2010. p.19-39.
- 5 Schermerhorn JJR, Hunt JJ, Osborn RN. Fundamentos do comportamento organizacional. Porto Alegre: Bookman; 1999.
- 6 Oluborode O. Effective communication and teamwork in promoting patient safety. Lagos, Nigeria: Society for Quality in Health Care in Nigeria; 2012 [acesso em 2013 Mar 12]. Disponível em: <http://sqhn.org/web/articles/9524/1/Effective-Communication-and-Teamwork-in-Promoting-Patient-Safety/Page1.html>
- 7 The Joint Commission (US). Sentinel event data root causes by event type 2004-2012. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2012 [acesso em 2013 Mar 12]. Disponível em: http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/
- 8 WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions. 2007 [acesso em 2013 Mar 12];1:12-5. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>

9 International Council of Nurses. Patient safety: ICN position. Geneva: ICN; 2012 [acesso em 2013 Mar 12]. Disponível em: <http://www.icn.ch/publications/position-statements/>

10 World Health Professions Alliance. Patient safety: fact sheet. Geneva: World Health Professions Alliance; 2002 [acesso em 2013 Mar 12]. Disponível em: <http://www.whpa.org/factptsafety.pdf>

11 Instituto de Medicina Hospitalar (BR). Comunicação efetiva. São Paulo: IMH; [data desconhecida] [acesso em 2013 Mar 13]. Disponível em: <http://www.medicohospitalista.com.br/pagina.php?id=11>

12 Institute for Healthcare Improvement (US). SBAR toolkit. Cambridge, MA: IHI; 2011 [acesso em 2013 Mar 13]. Disponível em: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>

13 Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (BR); Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – Polo São Paulo. 10 passos para a segurança do paciente. São Paulo, SP: COREn-SP; 2010 [acesso em 2013 Mar 13]. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/livretos>

14 Ito EM, Santos MAM, Gazzi O, Martins SAS, Manenti SA, Rodrigues VA. Anotação de enfermagem: reflexo do cuidado. São Paulo, SP: Martinari; 2011. p. 73-76.

15 Conselho Federal de Enfermagem (BR). Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro, RJ: COFEN; 2007 [acesso em 2013 Mar 17]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>

16 Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define o prontuário médico e torna obri-

gatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: CFM; 2002 [acesso em 2013 Mar 17]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm

17 Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Prontuário médico do paciente: guia para uso prático. Brasília, DF: Conselho Regional de Medicina; 2006 [acesso em 2013 Mar 22]. Disponível em: <http://www.crmdf.org.br/sistemas/biblioteca/files/7.pdf>

18 Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2013 Fev 16]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114

ESTRATÉGIA 4: PREVENÇÃO DE QUEDA

ASPECTOS RELEVANTES

A queda é definida pela Sociedade Brasileira de Geriatria, com base em vários autores, como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade”^{1,3}.

Alguns fatores estão associados com um risco aumentado de quedas, portanto, há a necessidade de avaliação multifatorial do risco de queda, que consiste na identificação de fatores predisponentes da pessoa (intrínsecos) e do ambiente (extrínsecos)^{1,2}. Existe ainda a definição de um grupo de fatores comportamentais¹. Desta forma, explicitam-se estes fatores¹:

- intrínsecos: história prévia de quedas, idade, sexo feminino, medicamentos, condição clínica, distúrbio de marcha e equilíbrio, sedentarismo, estado psicológico, estado nutricional deficiente, declínio cognitivo, diminuição da acuidade visual, condições ortopédicas, estado funcional;
- extrínsecos: iluminação insuficiente, superfícies molhadas/escorregadias, tapetes, degraus inadequados (altos/estreitos), obstáculos (móveis, objetos), ausência de barras de apoio em corredores e banheiros, prateleiras de altura inadequada, roupas e sapatos inadequados, via pública com irregularidades, órteses inadequadas;
- comportamentais: o grau de atividade está associado ao risco de queda, seja pela fragilidade de pessoas menos ativas, seja pela maior exposição de pessoas mais ativas.

A história de quedas de um paciente deve envolver a

descrição detalhada de suas circunstâncias (a frequência, os sintomas no momento da queda, lesões, outras consequências); a revisão de medicamentos em uso e suas dosagens; as alterações agudas ou crônicas de saúde (por exemplo, osteoporose, incontinência urinária, doença cardiovascular); as funções das extremidades (marcha, equilíbrio e níveis de mobilidade); alterações cognitivas; a força muscular (em especial, de membros inferiores); o *status* cardiovascular (por exemplo, frequência cardíaca e pressão arterial); e a acuidade visual².

As recomendações incluem a avaliação dos pés e calçados, da atividade e habilidades da vida diária, o uso de bengalas, muletas e andador, da capacidade de percepção do indivíduo quanto às suas restrições funcionais e às do ambiente³.

As quedas estão entre as principais causas de incapacidades e dependência em pessoas acima de 60 anos⁴. A queda pode ter consequências como o aumento do tempo de internação e do custo do tratamento, além de causar desconforto ao paciente⁵.

RECOMENDAÇÕES

- Estabelecer um programa de avaliação do risco de quedas, tanto os relacionados à pessoa quanto ao ambiente, ou utilizar escalas de avaliação de risco. Como exemplo de escalas para pacientes adultos, a *Morse Fall Scale*, traduzida e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa⁶ (Quadro 1).
- Individualizar a prevenção de quedas para cada paciente, com base na triagem ou avaliação⁷. Toda a equipe de saúde deve desempenhar um papel ativo na prevenção de quedas dos pacientes.

- Informar e orientar o paciente e seus acompanhantes quanto ao(s) risco(s) de queda, utilizando linguagem de fácil compreensão.
- Certificar-se de que, na deambulação, o paciente use calçado antiderrapante. Desencorajar o uso de chinelos e deambulação apenas com meias ou propés⁷.
- Revisar e estar atento ao uso de medicamentos, como sedativos, antidepressivos, antipsicóticos (por diminuírem as habilidades sensoriais) e anti-hipertensivos/diuréticos (hipotensão postural)⁷.
- Avaliar, de forma sistematizada e periódica, os fatores de risco para quedas dos pacientes e manter a comunicação (escrita, verbal e visual) dos achados⁷.
- Manter pacientes com risco de quedas em leitos ou quartos próximos ao posto de enfermagem⁷.
- A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo RS recomenda, no caso de a instituição optar pelo uso de pulseira colorida de alerta para o risco de quedas, que esta seja de cor amarela.
- Tornar o ambiente seguro, garantindo:
 - ✓ altura adequada da cama que permita que o paciente consiga apoiar os pés no chão, e com sistema de travas nas rodas ativado⁷;
 - ✓ organização e boa iluminação do ambiente, evitando a presença de objetos ou mobiliário fora do lugar. Manter os objetos de uso frequente em locais usuais e de fácil acesso ao paciente⁷;
 - ✓ piso, de material antiderrapante, limpo e seco;
 - ✓ camas e macas com grades de proteção;
 - ✓ banheiros e áreas de deambulação dos pacientes com pontos/barras de apoio;
 - ✓ manutenção de dispositivo de chamada para auxílio (campainha ou interfone, entre outros) ao alcance do paciente;
 - ✓ cinto de segurança em cadeiras de rodas.

- Criar um indicador institucional de quedas a partir de um sistema de notificação e gerenciamento deste evento adverso.

LEMBRE

O paciente e seu acompanhante precisam estar inseridos nas estratégias de prevenção de quedas, sendo esclarecidos sobre os fatores de risco e orientados acerca de sua participação neste processo.

Morse Fall Scale – Língua Portuguesa		Pontos
Definição Operacional		
1. Histórico de quedas		
Não	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.	0
Sim	Se o paciente caiu durante o período de internação hospitalar ou se tem um histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.	25
2. Diagnóstico secundário		
Não	Se o prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.	0
Sim	Se o prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.	15
3. Auxílio na deambulação		
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador) ou se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde ou ainda se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.	0
Muletas/Bengala/Andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.	15
Mobiliário/Parede	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.	30
4. Terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado		
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso.	0
Sim	Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso. Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).	20
5. Marcha		
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e / ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).	0
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, esse apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto.	10
Comprometida/Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de apoiar-se nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se no mobiliário, com uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para segurar-se e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente <i>realmente</i> se apoia nele e que, quando o paciente se apoia em um corrimão ou mobiliário, ele o faz com força, até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.	20
6. Estado mental		
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/limitação	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?", verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.	0
Superestima capacidade/Esquece limitações	Ao perguntar ao paciente "Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?", verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.	15
Classificação do Risco		
E o resultado da soma dos pontos dos itens (uma única opção por item) 0 – 24: Baixo Risco; 25 – 44: Risco Moderado; ≥ 45: Risco Elevado ⁶ .		

Quadro 1 – Morse Fall Scale traduzida e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa⁶.

REFERÊNCIAS

1 Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (BR). Projeto diretrizes: quedas em idosos: prevenção [Internet]. São Paulo; 2008 [acesso em 2013 Fev 21]. Disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf

2 The American Geriatrics Society; British Geriatrics Society. AGS/BGS clinical practice guideline: prevention of falls in older persons. New York, NY: AGS; 2010 [acesso em 2013 Fev 21]. Disponível em: http://www.americangeriatrics.org/files/documents/health_care_pros/Falls.Summary.Guide.pdf

3 American Geriatrics Society; British Geriatrics Society (AGS/BGS). Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 2010 [acesso em 2013 Fev 21] Disponível em:

http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/

4 Blyth FM, Cumming R, Mitchell P, Wang JJ. Pain and falls in older people. Eur J Pain. 2007;11(5):564-71.

5 Diccini S, Pinho PG, Silva FO. Avaliação de risco e incidência de queda em pacientes neurocirúrgicos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008 Jul-Aug;16(4):752-757.

6 Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, Steinmetz QL, Farina VA. “Morse Fall Scale”: tradução e adaptação para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 2013 Jun; 47(3): prelo.

7 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Preventing falls and harm from falls in older people: falls facts for

nurses. Sydney, AU: ACSQHC; 2009 [acesso em 2013 Mar 16]. Disponível em: <http://www.safetyandquality.gov.au/publications/preventing-falls-and-harm-from-falls-in-older-people-falls-facts-for-nurses/>. Adaptado de Preventing falls and harm from falls in older people: best practice guidelines for Australian hospitals 2009.

8 Morse JM. Preventing patient falls. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1997.

ESTRATÉGIA 5: PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

ASPECTOS RELEVANTES

As úlceras por pressão (UPs) constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços e instituições de atenção à saúde. Para os pacientes, trazem dor e sofrimento, podem contribuir, em associação com outras causas, para a morte. Para as instituições, implicam o aumento de custos e do tempo de internação. Nos Estados Unidos, os planos de saúde já não reembolsam mais os custos do tratamento de UPs adquiridas durante o período de cuidado na instituição. Por suas consequências e implicações, tanto para o paciente como para as instituições, a prevenção das UPs associadas ao cuidado em saúde é uma das Metas Nacionais de Segurança do Paciente estabelecidas pela Joint Commission¹.

A UP é toda lesão na pele e/ou nos tecidos subjacentes, geralmente desenvolvida sobre uma proeminência óssea, como resultado da pressão isolada, ou da pressão em combinação com a fricção e/ou cisalhamento². A European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) classificam as UP em cinco estágios²:

- Estágio I: Pele intacta com eritema não branqueável.
- Estágio II: Perda parcial de tecido, envolvendo epiderme e derme. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou serohemático.
- Estágio III: Perda total da epiderme e derme. O tecido subcutâneo pode estar visível, sem exposição de ossos, tendões ou músculos.

- Estágio IV: Perda total da epiderme, derme e tecido subcutâneo com exposição de ossos, tendões e/ou músculos.

Atualmente está sendo adotada uma nova categoria, a úlcera não estagiável, cuja avaliação da profundidade real não é possível devido à presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento, verde ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico amarelo escuro, castanho ou preto) no leito da ferida².

As causas da UP costumam ser multifatoriais, necessitando, portanto, de condutas de prevenção multiprofissionais. Os fatores de risco para o desenvolvimento de UP são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Fatores de risco para úlceras por pressão (UPs)³.

Fatores intrínsecos	Fatores extrínsecos	Fatores de exacerbação
<ul style="list-style-type: none"> - Mobilidade reduzida ou imobilidade - Deficiência sensorial - Doença grave - Alteração do nível de consciência - Extremos de idade (> 65 anos e < 5 anos de idade) - História prévia de UP - Doença vascular - Doença crônica grave ou doença terminal - Desnutrição e desidratação 	<ul style="list-style-type: none"> - Pressão - Cisalhamento - Fricção 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos - Umidade da pele

RECOMENDAÇÕES

- Desenvolver, implementar e monitorar um protocolo institucional de avaliação de risco, prevenção e tratamento de UP.
- Desenvolver programas de educação permanente para

as equipes multiprofissionais, com vistas à avaliação do risco e prevenção de UP.

- Utilizar uma escala de avaliação para identificação de pacientes com risco para o desenvolvimento de UP. A escala mais utilizada é a Escala de Braden, que existe em duas versões validadas para a língua portuguesa: a escala de Braden^{4,5} para adultos (Quadro 3) e a escala de Braden Q para aplicação em crianças⁶.
- Utilizar o horário do banho para avaliar diariamente as condições da pele do paciente.
- Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento e pressão exercida por dispositivos (cateteres, sondas, drenos etc.).
- Usar emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano¹, conforme protocolo institucional.
- Não utilizar massagem para prevenção de úlceras por pressão².
- Manter os lençóis secos e sem saliências (dobras nos tecidos, migalhas, pequenos objetos etc.).
- Utilizar colchões adequados, de acordo com o protocolo institucional, para o paciente acamado.
- Proteger áreas corporais de risco, principalmente as proeminências ósseas, conforme protocolo institucional.
- Estabelecer a frequência do reposicionamento do paciente em um protocolo institucional, lembrando que os pacientes de alto risco para o desenvolvimento de UP devem ser reposicionados a cada duas horas, no mínimo.
- Individualizar o reposicionamento, afixando uma escala de horários e posições próxima ao leito do paciente. Sempre que possível, fazer esse planejamento junto com o paciente/acompanhante.
- Utilizar recursos para realizar a transferência/mobilização/reposicionamento do paciente (elevador,

trapézio, rolamento, lençol etc.), evitando fricção e cisalhamento da pele.

- Lembrar que o decúbito elevado acima de 30 graus favorece a fricção e/ou o cisalhamento da pele.
- Alternar, sempre que possível, períodos no leito e na poltrona.
- Estimular e avaliar a aceitação da dieta por via oral. Monitorar a administração da nutrição enteral e/ou parenteral quanto ao tempo e volume, de modo a reduzir as interrupções.

LEMBRE

- ☑ A pressão dos dispositivos utilizados nos tratamentos também possibilita a formação de UP (cateteres, tubos, sondas, colares cervicais, talas, materiais de fixação). Portanto, deve-se utilizar proteção entre eles e a pele e vigiar para que o paciente não fique posicionado sobre algum desses dispositivos.
- ☑ Havendo o aparecimento de UPs, deve-se tratá-las conforme protocolos institucionais, monitorando e documentando sua evolução.
- ☑ As UPs em estágio I são subdetectadas, principalmente em pessoas de pele escura, pois a área de vermelhidão não é facilmente visível. Portanto, deve-se ficar atento e observar as áreas com descoloração, endurecimento, calor e edema, considerando a possibilidade de ser UP em estágio I, e implementar medidas de alívio da pressão^{2,3}.
- ☑ Dar atenção especial às pessoas com alterações da percepção neurossensorial da dor, como pacientes com lesão medular, comatosos, pacientes em transoperatório, entre outros.
- ☑ Reavaliar o risco para UP conforme a frequência estabelecida no protocolo institucional e sempre que houver mudança das condições de saúde do paciente.

- ☑ Registrar o resultado da avaliação do risco (Escala de Braden) e/ou evolução da UP, além das medidas adotadas, no prontuário do paciente, para subsidiar a assistência multiprofissional.
- ☑ A utilização de escalas de avaliação de risco não substitui a avaliação clínica sistemática dos profissionais.
- ☑ Motivar e orientar o paciente e o acompanhante a atuarem como parceiros da equipe multiprofissional na prevenção de UP.

Na escala de Braden original⁷, os escores de risco para UP para adultos são classificados em: risco baixo, de 15 a 16; risco moderado, de 12 a 14; e risco elevado, abaixo de 11. Na validação desses escores na população brasileira, o escore ≤ 13 foi definido como de risco para o desenvolvimento de UP^{4,8}. Na versão para crianças, a variação vai de 7 a 28 pontos, sendo que o escore 28 é definido como sem risco de úlcera de pressão, e o escore 7, de risco máximo⁶.

<p>Percepção Sensorial: grau de habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto</p>	<p>1. Completamente Limitado: Não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquiva ou agarra-se), devido à diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido à limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.</p> <p>1. Constantemente Úmida: A pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado.</p> <p>1. Acamado: Mantém-se sempre no leito.</p>	<p>2. Muito Limitado: Responde somente a estímulos dolorosos. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto por gemidos ou iniquitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p> <p>2. Muito Úmido: A pele está muitas vezes, mas nem sempre, úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão.</p>	<p>3. Levemente Limitado: Responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.</p> <p>3. Ocasionalmente Úmida: A pele está ocasionalmente durante o dia úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.</p> <p>3. Caminha Ocasionalmente: Caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.</p>	<p>4. Nenhuma Limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p> <p>4. Raramente Úmida: A pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.</p> <p>4. Caminha Frequentemente: Caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas quando está acordado.</p>
<p>Atividade Física: grau de atividade física</p>	<p>1. Completamente Imobilizado: Não faz nenhum movimento do corpo, por menor que seja, ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>2. Muito Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, no entanto é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sem ajuda.</p>	<p>3. Levemente Limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma Limitação: Faz mudanças grandes e frequentes na posição, sem assistência.</p>
<p>Mobilidade: habilidade de mudar e controlar as posturas corporais</p>	<p>1. Muito Pobre: Nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou derivados do leite) por dia. Ingerir pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação intravenosa por mais de 5 dias.</p>	<p>2. Provavelmente Inadequado: Raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou derivados de leite por dia. De vez em quando aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentada por sonda.</p>	<p>3. Adequado: Come mais da metade da maior parte das refeições. Ingerir um total de 4 porções de proteína (carne e derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas usualmente irá tomar um suplemento dietético oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou regime de nutrição parental total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.</p>
<p>Fricção e Cisalhamento: capacidade de deixar a pele livre de contato com superfícies durante as movimentações</p>	<p>1. Problema: Necessita assistência moderada ou máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos, contrações levam a fricções constantes.</p>	<p>2. Potencial para problema: Movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima durante o movimento, a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeira ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cama ou cadeira, porém de vez em quando escorrega.</p>	<p>3. Nenhum problema aparente: Movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo uma boa posição na cama ou cadeira.</p>	

Quadro 3 – Escala de Braden para adultos.

Fonte: Braden e Bergstrom (1995). Adaptada para a língua portuguesa por Caliri (1998)^{5:151-3}.

REFERÊNCIAS

1 Joint Commission International. Pressure ulcers (stage III and IV decubitus ulcers). Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission [data desconhecida] [acesso em 2013 Mar 16]. Disponível em: <http://www.jcrinc.com/Pressure-Ulcers/>

2 European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington, D.C.: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 [acesso em 2013 Maio 31]. Disponível em: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf

3 Royal College of Nurses. Pressure ulcer risk assessment and prevention: recommendations. London, GB; 2001 [acesso em 2012 Fev 19]. Disponível em: www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/78501/001252.pdf

4 Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 1999 [acesso em 2012 Fev 19];33(especial):191-206. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf

5 Fernandes LM. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

6 Maia ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Dini GM, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2011 [acesso em 2013 Mar 09];29(3):406-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a16v29n3.pdf>

7 Bergstrom N, Braden B, Laguzza A. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res.* 1987;36:205-210.

8 Serpa LF, Santos VLCG, Campanili TCGF, Queiroz M. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011[acesso em 2012 Out 22];19(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf

ESTRATÉGIA 6: ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

ASPECTOS RELEVANTES

Os medicamentos são utilizados para tratar e prevenir doenças, manejar sinais e sintomas, auxiliar no diagnóstico e para o alívio da dor e do sofrimento das pessoas^{1,2}. O uso seguro, eficaz e ético de medicamentos exige conhecimento, habilidades e julgamento dos profissionais da saúde, bem como estruturas e sistemas adequados dos ambientes de cuidado³.

Pacientes e acompanhantes também desempenham um papel central no uso seguro de medicamentos. O envolvimento e a participação ativa no cuidado implicam o esclarecimento de suas dúvidas e preocupações^{4,5}, assim como o conhecimento dos medicamentos que utilizam e o porquê⁶. Compreende, ainda, prestar informações apropriadas (como a presença de alergias) e utilizar o medicamento conforme a prescrição⁷. É necessário que reconheçam que a adesão ou a não adesão às orientações da equipe de saúde estão estreitamente relacionadas à segurança^{4,7}.

Os erros associados ao uso terapêutico de medicamentos podem ser classificados em erros de prescrição, dispensação e administração⁸. Em instituições hospitalares, a ocorrência de erros é frequente, especialmente aqueles relacionados à prescrição e administração de medicamentos⁹.

São considerados fatores potenciais de risco de ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos^{10,11}:

- nomes de medicamentos com sons ou grafia semelhantes aos de outras drogas;
- prescrições com letra ilegível e/ou uso de siglas e abreviaturas;

- embalagens ou rotulagem semelhantes;
- deficiência na padronização de medicamentos nas instituições;
- aprazamentos incorretos e/ou não respeitados;
- conhecimento parcial dos profissionais sobre drogas (nomes, efeitos, interações, vias de administração, velocidade de infusão, diluição e reconstituição, entre outras).

Dentre os fatores potenciais de risco, a existência de medicamentos com nomes parecidos é uma das causas mais comuns de erros de medicação e é uma preocupação em todo o mundo^{12,13}. O problema deve ser visto numa perspectiva sistêmica, exigindo ações corretivas desde as agências regulatórias até o profissional que administra o medicamento ao paciente¹¹.

A lista de pares de nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes é extensa¹⁴, mas é importante lembrar que cada instituição/serviço utiliza uma lista padrão com um número restrito de drogas, o que facilita a implantação de medidas de prevenção desse tipo de erro. No Brasil, entre os medicamentos com nomes com grafia ou som semelhantes, passíveis de confusão e com graves danos ao paciente, podem ser citados Lasix® (furosemida)/Losec® (omeprazol), Keflin® (cefalotina)/Quelicin® (succinilcolina) e prednisona/prednisolona^{12,15}.

Atenção especial deve ser dada aos medicamentos potencialmente perigosos, também denominados medicamentos de alta vigilância, medicamentos de alto risco ou *high-alert medication*. Os medicamentos designados como potencialmente perigosos “são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização”^{16:1}. São

agrupados em classes terapêuticas, que podem incluir alguns medicamentos de uso controlado, como entorpecentes e psicotrópicos¹⁶. Além de serem potencialmente perigosos, os medicamentos de uso controlado só podem ser adquiridos mediante Notificação de Receita devidamente preenchida pelo médico, acompanhada da receita, e devem ser mantidos em gavetas chaveadas¹⁷.

RECOMENDAÇÕES

- Todos os medicamentos devem ser organizados e preparados em ambiente limpo e seguro (boa iluminação, baixo nível de ruídos, boa ventilação, espaço físico e mobiliário/materiais adequados). A manipulação de medicamentos deve ser precedida de higiene correta das mãos e de técnicas assépticas para a respectiva administração.
- A administração segura de medicamentos requer a utilização da regra dos certos. Existem publicações citando a utilização de “5 certos”¹⁸, “6 certos”^{19, 20, 21}, “7 certos”²², “8 certos”^{23, 23} e “9 certos”^{24, 25}.
- Devem-se implementar protocolos clínicos multiprofissionais e prescrições informatizadas que minimizem as confusões geradas por prescrições ilegíveis ou por ordens verbais/por telefone¹². O número de pacientes que recebem os medicamentos corretos em hospitais aumenta quando esses hospitais implementam, de forma bem planejada, um mecanismo robusto de prescrição informatizada²⁶.
- A necessidade de ler atentamente o rótulo cada vez que um medicamento é acessado e novamente antes da administração deve ser enfatizada¹².
- Para diminuir o risco de confusão, usar letras em negrito

e cor nos rótulos, caixas de armazenamento e prateleiras, e dispositivos automáticos de distribuição¹².

- Deve-se ampliar a divulgação das interações medicamentosas para profissionais da saúde e usuários de medicamentos.
- É essencial assegurar que todas as etapas da gestão de medicamentos sejam realizadas por pessoal qualificado e competente¹².
- Quanto ao horário, a administração dos medicamentos deve seguir a “regra dos 30 minutos”: os medicamentos podem ser administrados até 30 minutos antes ou até 30 minutos após o horário aprazado. A regra não se aplica a situações como: primeira dose/dose de ataque, dose única, administração pré-cirúrgica de antibiótico, sedação pré-procedimento, medicamentos de uso concomitante ou sequencial^{27:1}.
- A educação sobre medicamentos semelhantes¹² e/ou de alta vigilância^{16,28} deve ser incorporada aos currículos dos cursos e capacitações de profissionais da área da saúde.
- Medicamentos de alta vigilância^{16,28} devem ser identificados de forma diferenciada dos demais (devem ser de fácil identificação através da cor do invólucro ou da etiqueta) e armazenados separadamente e em gavetas chaveadas¹⁷. São recomendações do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos – ISMP Brasil^{29:2}:
 - ✓ “estabelecer e divulgar a lista dos medicamentos potencialmente perigosos na instituição de saúde;
 - ✓ padronizar prescrição, dispensação, preparação, administração e armazenamento;
 - ✓ utilizar etiquetas auxiliares com cores ou sinais de alerta diferenciados nas embalagens;
 - ✓ implantar práticas de dupla checagem na dispensação,

- ✓ preparo e administração;
 - ✓ limitar o número de apresentações e concentrações disponíveis, particularmente de anticoagulantes, opiáceos e insulinas;
 - ✓ retirar das enfermarias e ambulatorios soluções concentradas de eletrólitos, particularmente cloreto de potássio injetável;
 - ✓ estabelecer e divulgar as doses máximas desses medicamentos;
 - ✓ fornecer e melhorar o acesso à informação sobre estes medicamentos;
 - ✓ utilizar indicadores para gerenciamento dos erros de medicação;
 - ✓ incorporar alertas de segurança nos sistemas informatizados de prescrição e dispensação.”
- O processo de reconciliação de medicamentos deve ser implementado de forma a garantir a continuidade da terapêutica medicamentosa. Este aspecto remete à comparação dos medicamentos usados pelo paciente no domicílio ou outra instituição, com os prescritos na internação ou consulta, a fim de identificar omissões, duplicação, contradição, erros de administração e possíveis interações³⁰.

LEMBRE

- ☑ O envolvimento dos pacientes e seus acompanhantes, sustentado pela educação contínua, contribui para a redução de riscos associados ao uso de medicamentos¹². Antes da administração, deve-se informar sobre o tipo de medicamento e motivo da prescrição. Pode-se dizer, por exemplo, *este é o antibiótico para tratar sua infecção urinária*²⁴.
- ☑ “É vedado ao profissional de enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas, oriundas de qualquer

profissional da área de saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, em que não conste a assinatura do mesmo. Esse veto não se aplica às situações de urgência, nas quais haja, efetivamente, iminente e grave risco de vida para o paciente^{29,31,153}.

- ☑ As soluções eletrolíticas concentradas devem receber atenção especial devido à sua grande utilização e ao alto risco de dano ao paciente, inclusive morte, associado ao uso inadequado. Devem, portanto, ser armazenadas e manipuladas de forma controlada e segura³².
- ☑ O paciente tem o direito, após o devido esclarecimento, à recusa de medicamento/tratamento, revogável a qualquer momento⁷. O profissional deve registrar no prontuário o medicamento recusado e o respectivo horário. O medicamento deve ser oferecido ao paciente em todos os horários prescritos, bem como a informação necessária a sua tomada de decisão.
- ☑ Os erros decorrentes da confusão gerada por pares de nomes de medicamentos com grafia ou som semelhantes podem ser fatais. Prescrições ilegíveis, dispensação de medicamentos de uso restrito a um serviço, como o centro cirúrgico, para unidades de internação, conferência inadequada pelo profissional no preparo e na administração são alguns fatores associados a esse tipo de erro. A instituição deve fazer um esforço conjunto especificamente para reduzir os erros relacionados à confusão de nomes de medicamentos, contemplando as etapas de prescrição, dispensação e administração. A Organização Mundial da Saúde recomenda que as instituições revisem anualmente sua lista de medicamentos cujos nomes sejam potencialmente indutores de confusão¹².

REFERÊNCIAS

1 Centers for Disease Control and Prevention (US). Medication safety program. Atlanta, GA: CDC; [data desconhecida] [acesso

em 2013 Fev 21]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/medicationsafety/>

2 Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BR). O que devemos saber sobre medicamentos. Brasília, DF: ANVISA; 2010 [acesso em 2013 Fev 20]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Medicamentos>

3 College of Nurses of Ontario (CA). Practice standard: medication. Toronto (CA); 2008 [acesso em 2013 Fev 21]. Disponível em: <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/publications-list/list-of-all-publications/>

4 Entwistle VA, Mello MM, Brennan TA. Advising patients about patient safety: current initiatives risk shifting responsibility. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2005;31(9):483–94.

5 Institute of Medicine (US). What you can do to avoid medication errors. Fact sheet. Washington, DC: IOM; 2006 [acesso em 2013 Fev 21]. Disponível em: <http://www.iom.edu/Reports/2006/Preventing-Medication-Errors-Quality-Chasm-Series.aspx>

6 The Joint Commission (US). Facts about speak up initiatives. Oakbrook Terrace, IL; 2002 [acesso em 2013 Fev 21]. Disponível em: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Speak_Up_Oct_2012.pdf

7 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2013 Fev 16]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114

8 Costa LA, Valli C, Pimentel AA. Erros de dispensação de medicamentos em um hospital público pediátrico. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008;16(5):812-17.

9 Aspden P, Wolcott JA, Bootman JL, Cronenwett LR, editors. Preventing medication errors. Washington, DC: Institute of Medicine; 2007.

10 McCoy LK. Look-alike, sound-alike drugs review: include look-alike packaging as an additional safety check. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2005 Jan;31(1):47–53.

11 Hoffman JM, Proulx SM. Medication errors caused by confusion of drug names. *Drug Safety.* 2003;26:445–452.

12 Joint Commission International; World Health Organization; Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Look-alike/sound-alike medication errors. Patient Safety Solutions. 2007 [acesso em 2013 Mar 9];1,Solution 1. Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>

13 Lambert BL, Lin SJ, Chang KY, Gandhi SK. Similarity as a risk factor in drug-name confusion errors: the look-alike (orthographic) and sound-alike (phonetic) model. *Med Care.* 1999 Dec;37(12):1214–25.

14 Institute for Safe Medication Practices (US). ISMP's list of confused drug names. Horsham, PA: ISMP; 2011 [acesso em 2013 Fev 21]. Disponível em: <http://www.ismp.org/Tools/confused-drugnames.pdf>

15 Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo (BR), Câmara de Apoio Técnico. Soluções para a segurança do paciente. São Paulo, SP: COREn-SP; 2010 [acesso em 2013 Fev 21]. Disponível em: inter.coren-sp.gov.br/.../solucoes_para_a_seguranca_do_paciente.pdf

16 Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISM-P-Brasil). Medicamentos potencialmente perigosos. Boletim

ISMP Brasil. 2013 [acesso em 2013 Fev 20];2(1):1-3. Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos_potencialmente_perigosos.php

17 Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: ANVISA; 1998 [acesso em 2012 Set 18]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm

18 Haebler J. Legislating assistive personnel to administer medication. Capitol Update/American Nurses Association. Silver Spring, MD: ANA; 2007 [acesso em 2013 Mar 9];5(4). Disponível em: http://www.naction.org/site/PageServer?pagename=CUP_Arch_043007_st1&ct=1

19 Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

20 Clayton BD, Stock YN. Farmacologia na prática de enfermagem. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.

21 Santos L, Torriani MS, Barros E. Erros na administração de medicamentos. In: Torriani MS, Santos L, Echer IC, Barros E, organizadores. Medicamentos de A a Z: enfermagem: 2011-2012. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011. p. 61-64.

22 State of Oregon (US), Department of Human Services. Aging and people with disabilities. State operated community program. State operated community program medication administration curriculum. [local desconhecido]: Department of Human Services; 2012 [acesso em 2013 Fev 16]. Disponível em: www.dhs.state.or.us/spd/.../socp-med-manual.pdf

23 Nursing drug handbook. 32nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott

Williams & Wilkins; 2012.

24 Elliot M, Liu Y. The nine rights of medication administration: an overview. *Br J Nurs*. 2010 Mar 11-24;19(5):300-305.

25 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Você sabia que pode colaborar para um cuidado mais seguro e com qualidade nos serviços de saúde? Brasília, DF: ANVISA; 2012 [acesso em 2013 Fev 22]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2012+noticias/>

pacientes+poderao+contribuir+com+a+qualidade+do+atendimento

26 Institute of Medicine (US). Health IT and patient safety: building safer systems for better care: report brief. Washington, DC: IOM; 2011 [acesso em 2013 Mar 16]. Disponível em: <http://www.iom.edu/Reports/2011/Health-IT-and-Patient-Safety-Building-Safer-Systems-for-Better-Care.aspx>

27 Institute for Safe Medication Practices (US). ISMP acute care guidelines for timely administration of scheduled medications. Horsham, PA: ISMP; 2011 [acesso em 2013 Fev 20]. Disponível em: <http://www.ismp.org/>

28 Institute for Safe Medication Practices (US). ISMP's list of high-alert medications. Horsham, PA: ISMP; 2012 [acesso em 2013 Fev 16]. Disponível em: www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf

29 Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos (ISMP Brasil). Medicamentos potencialmente perigosos. Belo Horizonte (BR): ISMP Brasil; 2011 [acesso em 2013 Abr 6]. Disponível em: www.ismp-brasil.org/faq/artigos/folder_ISMP_OK.pdf

30 Joint Commission International; World Health Organization;

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Assuring medication accuracy at transitions in care. Patient Safety Solutions. 2007 [acesso em 2013 Mar 9];1,Solution 6. Disponível em: www.who.int/entity/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution6.pdf

31 Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN 225/2000. Dispõe sobre cumprimento de prescrição medicamentosa / terapêutica à distância. Rio de Janeiro, RJ: COFEN; 2000 [acesso em 2013 Jun 2]. Disponível em: www.portalcoren-rs.gov.br/docs/docs_oficiais.doc

32 Joint Commission International; World Health Organization; WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Control of concentrated electrolyte solutions. Patient Safety Solutions. 2007 [acesso em 2013 Mar 9];1;Solution 5. Disponível em: www.who.int/entity/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution5.pdf

ESTRATÉGIA 7: USO SEGURO DE DISPOSITIVOS INTRAVENOSOS

ASPECTOS RELEVANTES

A utilização da via intravenosa para administração de medicamentos, soluções, suporte nutricional parenteral, sangue e hemocomponentes constitui um importante recurso no cuidado à saúde. Essa prática predomina em hospitais, mas também pode ser requisitada em ambulatórios, clínicas, nas unidades básicas de saúde e nos próprios domicílios. Atualmente, existe uma grande variedade de dispositivos intravenosos (cateteres venosos periféricos ou centrais), conexões e acessórios para infusão intravenosa disponíveis no mercado.

Como outros procedimentos utilizados no cuidado à saúde, o uso de dispositivos intravenosos tem o potencial de causar dano ao paciente e está associado à morbidade e mortalidade, especialmente durante a internação hospitalar. Nesse sentido, tanto cateteres como conexões e acessórios utilizados na instalação e manutenção de um acesso venoso, como equipos, perfusores, conectores e cânulas, devem ser rigorosamente manuseados para evitar contaminação direta ou indireta do paciente por microrganismos¹ e infecção, que é uma das principais e mais graves complicações do uso de dispositivos intravenosos.

As principais complicações locais da terapia intravenosa são infiltração (substâncias não vesicantes) e extravasamento (substâncias irritantes e vesicantes), flebite, trombose, oclusão do cateter e hematoma². A

flebite pode ser mecânica, química ou infecciosa. A flebite mecânica decorre de falhas na técnica de punção, da inadequação do cateter ao vaso ou da fixação incorreta, que permite a movimentação do cateter. A infusão de substâncias irritantes, com pH baixo, diluição ou associação inadequada de medicamentos e tipo de cateter podem causar a flebite química. Entre os fatores que levam à flebite infecciosa estão técnica não asséptica na inserção e manutenção do cateter e o uso de dispositivos cuja embalagem não esteja íntegra³.

As complicações sistêmicas incluem embolia gasosa ou por fragmentos do cateter^{1,6} e, particularmente no caso de cateteres centrais, a infecção⁴. Por interromperem a integridade da pele, os cateteres centrais possibilitam infecções por bactérias e fungos, com disseminação para a corrente sanguínea. A sépsis causa alterações hemodinâmicas e disfunções de órgãos, podendo resultar na morte do paciente⁴, estando ainda associada ao prolongamento da hospitalização e aumento dos custos^{1,5}.

O uso seguro de dispositivos intravenosos compreende, também, a prevenção de erros de conexão, que podem levar a eventos graves e até fatais se ocorrer a administração de substâncias não parenterais na rede venosa/arterial do paciente⁶.

RECOMENDAÇÕES

Gerais

- Realizar a higiene das mãos antes do manuseio de qualquer dispositivo de acesso intravenoso.
- Manusear com a máxima atenção e cuidado os equipos conectados ao dispositivo intravenoso no momento de administrar medicamentos: certificar-se de que é a via certa para o medicamento certo.

- Manusear com a máxima atenção e cuidado os equipamentos conectados ao paciente no momento de administrar medicamentos intravenosos: certificar-se de que é a via certa para o medicamento certo. Entre as recomendações para a prevenção de erros de conexão destacam-se:
 - ✓ promover a capacitação contínua dos profissionais para a utilização correta de sondas, cateteres e seringas⁷;
 - ✓ verificar todos os dispositivos conectados ao paciente, partindo de sua inserção no corpo do paciente até a conexão final (frasco, bolsa, seringa), antes de realizar as reconexões, desconexões ou administração de medicamentos e soluções^{8,9};
 - ✓ manter o ambiente bem iluminado no momento de conectar ou reconectar tubos ou dispositivos⁶;
 - ✓ separar os diferentes sistemas de infusão. Por exemplo, posicionar os sistemas de infusão intravenosa na porção superior do leito e os de infusão de dietas enterais, próximos à porção inferior do leito^{8,9};
 - ✓ orientar pacientes e familiares sobre a administração de dieta por via enteral e o risco de uma conexão incorreta de dispositivos. Incentivar sua participação na verificação dos certos (via, medicamento, por exemplo)^{8,9};
 - ✓ orientar pacientes e familiares sobre a necessidade de chamar um profissional para qualquer manuseio dos dispositivos: conexões, desconexões ou reconexões^{8,9};
 - ✓ assegurar que alunos e estagiários realizem o manuseio de dispositivos intravenosos somente sob a supervisão do professor⁶.
- Reduzir o risco de contaminação realizando a desinfecção das conexões, antes de abri-las, com uma solução antisséptica adequada (clorexidina, iodo povidine, solução com iodo ou álcool 70%), seguindo o protocolo da instituição/serviço, e utilizar somente materiais esterilizados para acessar o cateter¹.
- Avaliar rotineiramente todos os pacientes com cateter

venoso central ou periférico, observando o sítio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos, drenagem, infiltração e permeabilidade. Registrar a avaliação no prontuário do paciente.

- Identificar precocemente a flebite e registrar a evolução desse evento adverso ao longo da hospitalização do paciente. As flebites podem ser classificadas em quatro graus: Grau 0: ausência de sintomas; Grau 1: eritema na inserção do cateter com ou sem dor; Grau 2: dor no local de inserção do cateter com eritema e/ou edema; Grau 3: dor no local de inserção do cateter com eritema e/ou edema, endurecimento, cordão fibroso palpável; Grau 4: dor no local de inserção do cateter, eritema e/ou edema, endurecimento e cordão fibroso palpável maior que 1 cm de comprimento, com drenagem purulenta¹⁰.

Para dispositivos intravenosos periféricos

- Manter técnica asséptica na inserção e manuseio de dispositivos intravenosos.
- Usar luvas de procedimento para a inserção de dispositivos intravenosos periféricos, desde que o local não seja tocado após o preparo da pele com a solução antisséptica¹¹.
- Utilizar precauções máximas de barreira para o cateter central de inserção periférica (PICC): gorro, máscara, avental estéril, luvas estéreis e campos estéreis para cobrir todo o corpo do paciente¹¹.
- Avaliar rotineiramente o local de inserção do dispositivo intravenoso e o trajeto da veia quanto à presença de edema, dor, rubor, calor, secreção e endurecimento à palpação da veia (ver graus de flebite descritos anteriormente). Registrar a avaliação no prontuário do paciente.
- Remover imediatamente o dispositivo se houver sinais

- de flebite, infecção ou mau funcionamento¹.
- Selecionar o dispositivo intravenoso de acordo com o objetivo e duração do uso, considerando, também, a experiência profissional. Dar preferência para dispositivos com calibres menores³, sempre que possível, pois diminuem a flebite mecânica e química.
 - Em adultos, dar preferência à rede venosa das extremidades superiores. Substituir o acesso venoso em membro inferior o mais rápido possível para um local no membro superior¹¹.
 - Em crianças, pode ser utilizada a rede venosa das extremidades superiores ou inferiores. Nos recém-nascidos e bebês, também pode ser utilizada a rede venosa da cabeça¹¹.
 - Trocar o local de inserção do dispositivo intravenoso periférico de acordo com as normas da instituição. Em adultos, não é necessário trocar o local de inserção de cateteres periféricos antes de 72-96 horas para reduzir o risco de infecção e flebite. Nos pacientes pediátricos, a troca de sítio de inserção deve ser feita somente quando há uma indicação clínica¹.
 - Realizar a avaliação da rede venosa periférica no sentido distal-proximal, escolhendo, preferencialmente, sempre que possível, os segmentos mais distais dos vasos das extremidades. A punção de um segmento distal de um vaso que já tem punções prévias de seu segmento proximal pode ocasionar infiltração.
 - Ter prudência e cautela quanto ao número de tentativas para obtenção do acesso venoso periférico, considerando as habilidades técnicas e a experiência do profissional envolvido.

Para dispositivos intravenosos centrais

- Adotar, preferencialmente, o pacote de medidas ou *care bundle*^{5,12} para prevenção da infecção da corrente sanguínea associada à via intravenosa. O método *bundle* para redução de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central compreende cinco intervenções: (1) higienização das mãos, (2) precauções máximas de barreira na inserção do cateter, (3) antisepsia da pele com clorexidina, (4) escolha do melhor local para inserção do cateter, evitando a veia femoral em pacientes adultos e (5) reavaliação diária da necessidade do acesso com a pronta remoção de cateteres desnecessários⁵. Consideradas individualmente, cada medida do pacote pode melhorar a assistência, mas é a adoção conjunta que proporciona melhores resultados¹².
- Utilizar precauções máximas de barreira para inserção do cateter central: gorro, máscara, avental estéril, luvas estéreis e campos estéreis para cobrir todo o corpo do paciente¹¹.
- Realizar as trocas de curativos com gaze a cada dois dias. Os curativos transparentes devem ser trocados a cada sete dias, exceto no caso de pacientes pediátricos, nos quais os benefícios da troca não compensam o risco de deslocamento do cateter. O curativo transparente de cateteres tunelizados ou totalmente implantados deve ser trocado somente uma vez por semana, a menos que esteja sujo ou solto, até que o sítio de inserção esteja cicatrizado¹.
- Trocar os equipos e conexões conforme protocolo da instituição. No caso de administração de sangue, hemocomponentes, lipídios, aminoácidos e glicose, as trocas devem ser feitas a cada 24 horas. Ainda

não há uma recomendação para a troca de equipamentos e conexões utilizados para a administração intermitente de medicamentos/soluções, bem como para a troca da agulha de manutenção do acesso aos cateteres totalmente implantados¹.

- Monitorar periodicamente a eficácia das medidas de prevenção de infecção associada ao cateter venoso central⁴.
- Proteger o sítio de inserção do cateter central com plástico durante o banho no chuveiro.

LEMBRE

- ☑ Os procedimentos de inserção de cateter e de sua punção, no caso dos totalmente implantáveis, causam dor ao paciente^{1,13}. A avaliação da dor e o seu manejo devem ser incluídas no planejamento do procedimento de obtenção do acesso venoso.
- ☑ A abordagem de medidas ou *care bundle* não consiste apenas em uma lista exaustiva de cuidados relacionados ao cateter venoso central: é recomendado o manuseio mínimo do dispositivo, com pequeno número de intervenções essenciais, com método e regularidade¹².
- ☑ Antes da inserção e durante a manutenção do cateter central, deve-se orientar o paciente/acompanhante sobre a prevenção de infecção^{7, 14}, enfocando os seguintes itens:
 - a manipulação dos dispositivos intravenosos é permitida apenas aos profissionais habilitados;
 - a necessidade de que o acompanhante higienize as mãos com água e sabão ou gel/solução alcoólica antes e após a visita;
 - a importância de estarem atentos e sinalizarem falhas/limitações no processo de higienização das mãos

realizado pelos profissionais de saúde.

- se o curativo se desprender, ficar úmido ou manchado com sangue, avisar imediatamente;
- a certificação de que o local de inserção do cateter é avaliado diariamente quanto à presença de sinais de infecção⁵.
 - ☑ A educação permanente é essencial para instrumentalizar a equipe de saúde e promover a adesão aos protocolos e a medidas seguras para a inserção, a manutenção e o uso de dispositivos intravenosos.

REFERÊNCIAS

1 O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Atlanta, GA: Centers for Disease Control; 2011 [acesso em 2012 Set 23]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/bsi/bsi-guidelines-2011.html>

2 Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

3 Harada MJCS, Rêgo RC. Complicações locais da terapia intravenosa. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, organizadoras. Terapia intravenosa e infusões. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011. p. 419-443.

4 How-to guide: prevent central line-associated bloodstream infections. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2012 [acesso em 2012 Set 9]. Disponível em: www.ihc.org

5 Institute for Healthcare Improvement (US). Implement the IHI central line bundle. Cambridge, MA; 2012 [acesso em 2012 Set 9]. Disponível em: <http://www.ihc.org/knowledge/Pages/Changes/ImplementtheCentralLineBundle.aspx>

6 Silva AEBC, et al. Erros de conexão: práticas seguras e riscos na administração de soluções por sondas enterais e cateteres vasculares. Boletim ISMP-Brasil. 2013 [acesso em 2013 Abr 6];2(3):1-4. Disponível em: <http://www.boletimismpbrasil.org/boletins/boletim.php?bolId=18>

7 National Patient Safety Agency (NHS) (UK). Patient Safety Alert 19. Promoting safer measurement and administration of liquid medicines via oral and other enteral routes. 2007. London: NHS; 2007 [acesso em 2013 Abr 7]. Disponível em: <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/alerts/liquidmedicines/>

8 Joint Commission (US). Tubing misconnections - a persistent and potentially deadly occurrence. Sentinel Event Alert. 2006 Apr [acesso em 2013 Abr 7];36. Disponível em: <https://www.premierinc.com/safety/topics/tubing-misconnections/downloads/jcaho-sentinel-event-issue-36.pdf>

9 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BR). Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária Unidade de Tecnovigilância. Alertas de Tecnovigilância. 2012 Out [acesso em 2013 Abr 7];1195. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/sistec/alerta/RelatorioAlerta.asp?NomeColuna=CO_SEQ_ALERTA&Parametro=1195

10 Infusion Nursing Society. Infusion nursing standards of practice. Journal of Infusion Nursin. 2011;34(1S):S65-S66.

11 Centers for Disease Control (US). Frequently asked questions (FAQ's) about catheter-associated bloodstream infections. Atlanta, GA: CDC; 2011 [acesso em 2012 Set 9]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/HAI/bsi/bsi.html>

12 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR), Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Efeitos Adversos, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Corrente

sanguínea: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília, DF: ANVISA; 2009 [acesso em 2012 Set 10]. Disponível em: www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/correntesanguinea.pdf

13 Chanes DC. Cateteres venosos centrais de longa permanência. In: Harada MJCS, Pedreira MLG, organizadoras. Terapia intravenosa e infusões. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2011. p. 251-270.

14 The Joint Commission (US). National patient safety goals effective January 1, 2012: Hospital Accreditation Program. Oakbrook Terrace, IL; 2011 [acesso em 2012 Set 9]. Disponível em: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx

ESTRATÉGIA 8: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS SEGUROS

ASPECTOS RELEVANTES

Estima-se que mais de 234 milhões de grandes cirurgias sejam realizadas anualmente em todo o mundo, dado que evidencia a relevância da segurança do cuidado cirúrgico para a saúde pública¹. Estudo feito em um grande centro médico norte-americano mostrou que 5,4% dos pacientes submetidos à cirurgia apresentaram complicações, e quase metade delas foram atribuídas a um erro².

A magnitude do problema dos erros associados aos procedimentos cirúrgicos levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a lançar, em 2008, a campanha Cirurgia Segura Salva Vidas. Para alcançar os objetivos da campanha (Quadro 4), é necessário considerar que, nos procedimentos cirúrgicos, a segurança não se restringe ao ato cirúrgico. A segurança compreende uma rotina de eventos em sequência: avaliação pré-operatória dos pacientes, intervenção cirúrgica e preparo para o cuidado pós-operatório adequado³.

Quadro 4 – Objetivos da Campanha Cirurgia Segura Salva Vidas³.

1. A equipe realizará a cirurgia no paciente correto e no local correto.
2. A equipe usará métodos conhecidos para prevenir danos da administração de anestésicos, ao mesmo tempo que protegerá o paciente da dor.
3. A equipe reconhecerá e se preparará efetivamente para a perda da via aérea ou da função respiratória com risco de morte.
4. A equipe reconhecerá e se preparará efetivamente para o risco de uma grande perda sanguínea.
5. A equipe evitará induzir uma reação alérgica ou adversa que saiba ser um risco significativo para o paciente.
6. A equipe usará consistentemente métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico.
7. A equipe evitará a retenção inadvertida de gases ou instrumentos nas feridas cirúrgicas.
8. A equipe irá proteger e identificar com precisão todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipe irá comunicar-se efetivamente e trocará informações críticas sobre o paciente para a condução segura da cirurgia.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão uma rotina de vigilância da capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Para mobilizar instituições e profissionais da saúde para o desafio de reduzir os riscos associados ao procedimento cirúrgico, a campanha divulga diretrizes e listas de verificação (*checklists*), adaptáveis às particularidades do serviço. Devem ser aplicadas em três momentos: antes da indução da anestesia, antes da incisão na pele e antes de o paciente sair da sala de operação (Quadro 5)³.

Quadro 5 – Três momentos de verificação: *SIGN IN*, *TIME OUT* e *SIGN OUT*^{3,5}

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA (<i>SIGN IN</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confirmação do paciente: identificação do paciente, do local da cirurgia, do procedimento a ser realizado e preenchimento do consentimento informado. ✓ Marcação do local da intervenção cirúrgica pelo profissional que irá realizar o procedimento e pelo paciente; Realização dos procedimentos de segurança para anestesia, pelo anestesista, como a conferência do equipamento de anestesia. ✓ Monitoramento de oximetria. ✓ Verificação de alergias. ✓ Verificação das possíveis dificuldades de ventilação ou risco de aspiração. ✓ Avaliação de possíveis perdas sanguíneas ou risco de aspiração.
ANTES DA INCISÃO NA PELE (<i>TIME OUT</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confirmação de todos os membros que compõem a equipe, apresentando-se pelo nome e função. ✓ Confirmação do paciente, local da cirurgia e tipo de procedimento. ✓ Verificação pelo cirurgião dos pontos críticos da cirurgia, duração do procedimento e estimativa das perdas sanguíneas. ✓ Verificação pelo anestesista dos pontos críticos da anestesia. ✓ Verificação pela enfermagem dos pontos críticos da assistência, como indicadores de esterilização e equipamentos necessários para a cirurgia. ✓ Realização de antibioticoterapia profilática. ✓ Verificação da necessidade de equipamentos radiográficos.
ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA (<i>SIGN OUT</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confirmação do procedimento realizado. ✓ Confirmação da retirada dos instrumentais, compressas e agulhas da ferida cirúrgica. ✓ Conferência, identificação e armazenamento correto de material biológico para análise laboratorial. ✓ Anotação e encaminhamento de problemas identificados em algum equipamento. ✓ Previsão dos cuidados necessários no período de recuperação anestésica.

A redução dos danos e o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos ambientes cirúrgicos são possíveis, como mostrou um estudo internacional publicado em 2009. A pesquisa revelou que a utilização de listas de verificação

(*checklists*) recomendadas pela OMS possibilitou uma redução de 36% das complicações e 46% da mortalidade⁴.

RECOMENDAÇÕES

- Implantar o uso das listas de verificação recomendadas pela OMS^{3,4} com a participação de toda a equipe (Quadro 5).
- Registrar as verificações realizadas e os nomes dos profissionais participantes no prontuário do paciente.

LEMBRE

- ☑ Prevenção da infecção no sítio cirúrgico, anestesia segura e equipes cirúrgicas seguras são fundamentais para salvar vidas³.
- ☑ Elementos básicos da infraestrutura devem ser considerados, monitorados e avaliados continuamente: pessoal treinado, qualidade da água, fontes de iluminação, equipamento para aspiração, fonte suplementar de oxigênio, equipamento cirúrgico em condições de uso e disponibilidade de instrumentos esterilizados³.
- ☑ A aceitação das listas de verificação pelas equipes e sua introdução nas salas cirúrgicas requerem tempo e prática.
- ☑ Experiências de implantação das listas de verificação em hospitais têm demonstrado a utilidade de estratégias como³:
- Formar uma equipe com as pessoas mais interessadas, que apoiam a mudança. É importante dar destaque aos benefícios da redução de complicações e, potencialmente, dos custos associados.
- Iniciar a implantação em apenas uma sala cirúrgica. À medida que os problemas forem resolvidos e a equipe

estiver satisfeita, expandir gradualmente para as demais. Os profissionais que têm uma boa experiência com a implantação das listas de verificação tornam-se seus promotores e defensores.

- Acompanhar as mudanças e melhorias por meio do monitoramento dos resultados cirúrgicos e complicações.
 - ☑ O desenvolvimento de listas de verificação específicas como, por exemplo, lista de montagem de sala cirúrgica, lista de conferência dos documentos em prontuário e lista de verificação do carrinho de emergência e de anestesia, contribuem para a obtenção de melhores resultados e otimização do tempo.
 - ☑ O local da cirurgia deve ser demarcado em todos os casos que envolvam lateralidade (direito/esquerdo), múltiplas estruturas (dedos das mãos/pés, lesões) ou múltiplos níveis (coluna vertebral).
 - ☑ A segurança dos procedimentos cirúrgicos requer monitoramento contínuo para assegurar a qualidade. Por isso, a capacitação da equipe deve ser permanente.
 - ☑ O uso das listas de verificação pode ser estendido para outras áreas, especialmente em procedimentos e cuidados complexos, assegurando que cada etapa seja completada, sem omissões ou esquecimentos, antes de se prosseguir para a próxima. A padronização proporcionada pelas listas de verificação, aplicadas a todos os pacientes, em todas as situações, resulta em mais segurança e melhores resultados clínicos⁶.

REFERÊNCIAS

1 Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, Gawande AA. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*. 2008 Jul 12;372(9633):139-44.

2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human:*

building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy of Sciences, Institute of Medicine; 2000.

3 World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva; 2009 [acesso em 2011 Fev 22]. Disponível em: whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf

4 Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360:491-499.

5 World Alliance for Patient Safety. Implementation manual – WHO surgical safety checklist - safe surgery saves lives. Geneva; WHO; 2008 [acesso em 2013 Jan 24]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/index.html

6 WHO. The checklist effect. Geneva; [data desconhecida] [acesso em 2013 Fev 20]. Disponível em: <http://www.who.int/patient-safety/implementation/checklists/background/en/index.html>

ESTRATÉGIA 9: ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

ASPECTOS RELEVANTES

A transfusão de sangue e hemocomponentes é um suporte essencial a muitos tratamentos e pode salvar vidas^{1,2}. As transfusões são realizadas para aumentar a capacidade do sangue de transportar oxigênio, restaurar o volume sanguíneo do organismo, melhorar a imunidade ou corrigir distúrbios da coagulação^{3,4}.

É um recurso terapêutico valioso, mas o alto custo⁴ e o risco de eventos adversos, como erros, reações transfusionais e transmissão de infecções⁵, exigem que sua utilização seja criteriosa e reduzida ao mínimo, adotando-se estratégias, tais como: prevenção de condições que possam resultar na necessidade de transfusão (por meio da promoção da saúde e rastreamento para detecção precoce), diagnóstico e tratamento adequados, boas técnicas cirúrgicas e anestésicas e uso de tratamentos alternativos à transfusão de sangue⁶.

A maioria dos pacientes não apresenta reações à transfusão. As reações mais frequentes são as alérgicas e as febris. A infecção causada por contaminação bacteriana e as reações imunes decorrentes de erros da tipagem sanguínea entre doador e receptor, embora raras, são eventos graves e podem ser fatais⁷. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso racional do procedimento, com base na avaliação clínica e/ou laboratorial, pois riscos imediatos ou tardios existem mesmo quando se seguem altos padrões de qualidade em todas as etapas do processo transfusional^{6,4}. Sempre que possível, deve ser transfundido apenas o hemocomponente que suprirá a necessidade específica do paciente. A administração de um hemocomponente específico é mais segura e evita

o desperdício de componentes não necessários ao paciente⁴.

A transfusão de sangue e de hemocomponentes caracteriza-se como um processo complexo, com várias etapas interconectadas, de natureza repetitiva e do qual participam diferentes profissionais e serviços. Não há um grupo específico de profissionais que responda inteiramente pelo processo. A complexidade do processo explica o potencial para erros em alguns pontos críticos. A utilização do sangue sem cuidados com a segurança aumenta o risco de morbimortalidade para o paciente e implica maiores custos¹.

Para promover a segurança do paciente, a OMS recomenda que o processo de coleta, testagem, processamento, armazenamento e distribuição seja coordenado a nível nacional, por meio de uma política e de um sistema/programa⁸. O Brasil instituiu a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, regulamentada pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001⁹, e complementada pelo Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, Portaria nº 1.353 do Ministério da Saúde, de 13 de junho de 2011¹⁰. O país também monitora as reações transfusionais por meio do Sistema Nacional de Hemovigilância (SNH), criado em 2001 e coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de aperfeiçoar o processo hemoterápico e aumentar a segurança do paciente¹¹.

RECOMENDAÇÕES

- Observar que a solicitação para transfusão de sangue ou de hemocomponentes seja feita em formulário específico, com as informações necessárias para a identificação correta do receptor¹².
- Certificar-se da prescrição médica da transfusão no prontuário do paciente, devidamente assinada e com

o número do registro profissional. Também devem ser registrados os números e a origem dos hemocomponentes transfundidos e a data da realização do procedimento¹².

- Fazer constar na etiqueta de cada bolsa de sangue ou de hemocomponente a ser transfundido: o nome completo do receptor, registro do hospital, leito e enfermaria/quarto, grupo sanguíneo e fator Rh do doador e do receptor, a conclusão da prova cruzada maior e a data de envio do hemocomponente para a transfusão¹².
- Utilizar, para a transfusão, equipos descartáveis e livres de pirógenos com filtro de 170 μ , que retém coágulos e agregados⁴.
- Verificar a integridade da bolsa e a cor/aspecto do hemocomponente em dois momentos: ao receber a bolsa na unidade de internação ou centro cirúrgico e antes de instalar no paciente. Devem-se observar sinais de hemólise e a presença de coágulos. Um vazamento ou alteração de cor podem indicar que o sangue está contaminado por bactéria, havendo risco de causar uma reação grave ou fatal se for administrado ao paciente^{5,13}.
- Verificar o tempo máximo de permanência da bolsa em temperatura ambiente, antes do início da transfusão (o tempo varia conforme o componente). Ultrapassado esse tempo, o produto deve ser descartado^{4,12}.
- Orientar o paciente a informar imediatamente qualquer reação como tremores, rubor, dor ou dificuldade para respirar e ansiedade¹³.
- Identificar o paciente receptor antes de instalar a bolsa com o hemocomponente: perguntar seu nome completo e confirmar com a prescrição o nome completo do paciente e um segundo identificador determinado pela instituição. Caso o paciente não possa colaborar, confirmar o nome com o seu acompanhante¹³.

- Verificar e registrar os sinais vitais: antes da instalação de sangue e hemocomponentes, 15 minutos após o início e ao término¹⁴.
- Observar que a febre não constitui contraindicação absoluta à transfusão. No entanto, é necessário tomar medidas para que a temperatura retorne ao valor normal antes de iniciar a transfusão, porque a febre pode ser um sinal de uma reação transfusional⁴.
- Permanecer com o paciente nos primeiros 10 minutos da transfusão¹² para identificar prontamente sinais de possíveis reações. Os sinais e sintomas de uma reação hemolítica grave podem se desenvolver rapidamente, dentro de minutos, após a infusão de volumes entre 5 ml e 10 ml de sangue¹³.
- Observar o paciente a intervalos regulares, durante todo o período de transfusão, quanto a sinais e sintomas de uma reação adversa, velocidade de infusão correta e dor ou edema no local ou em volta do acesso venoso^{12,14}.
- Conhecer os sinais e sintomas das reações mais comuns (alérgicas e febris): febre, com ou sem calafrios (elevação de 1°C na temperatura corpórea), associada à transfusão; calafrios com ou sem febre; dor no local da infusão, torácica ou abdominal; alterações súbitas na pressão arterial, tanto hipertensão como hipotensão; alterações respiratórias como: dispneia, taquipneia, hipóxia, sibilos; alterações cutâneas como: prurido, urticária, edema localizado ou generalizado; náusea, com ou sem vômitos⁴.
- Observar que é proibida a adição de qualquer medicamento à bolsa de hemocomponente. O acesso venoso e o equipo devem ser exclusivos para a transfusão, exceto em casos excepcionais e por prescrição médica, para a administração de cloreto de sódio a 0,9%¹².

- Interromper imediatamente a transfusão na vigência de sinais de reações transfusionais, verificar os sinais vitais e conferir os dados no rótulo da bolsa e a identificação do paciente⁴. Deve ser mantido o acesso venoso com solução de cloreto de sódio 0,9%¹⁴. Ao mesmo tempo, chamar o médico com urgência e notificar o serviço de hemoterapia. Devem-se manter bolsa e equipo intactos e encaminhar ao serviço de hemoterapia para análise. Se confirmada a reação transfusional, deve ser feita a notificação para a ANVISA⁴.
- Observar que o período máximo de infusão do conteúdo de uma bolsa, independentemente do produto, é de quatro horas, após o qual a transfusão deve ser suspensa e a bolsa descartada de acordo com as normas da instituição para descarte^{12,13}.
- Registrar no prontuário do paciente no final do procedimento: indicação da transfusão, produto e volume transfundido, horário de início e término, número do produto e qualquer reação apresentada. Registrar também o monitoramento do paciente antes, durante e após a transfusão: aspecto geral, temperatura, pulso, pressão arterial, frequência respiratória, balanço hídrico (ingesta oral e infusão intravenosa e diurese)¹³.
- Descartar a bolsa de sangue e o equipo de infusão conforme as normas da instituição e a Resolução nº 306 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁵.
- Orientar o paciente sobre a transfusão de sangue: riscos, estratégias para evitar a transfusão e necessidade de ser identificado corretamente em todas as etapas do processo de transfusão².

LEMBRE

- ✓ Devido ao risco potencial do procedimento, o paciente ou seu acompanhante deve ser informado e esclarecido sobre a decisão médica⁴.
- ✓ Para a administração segura de sangue e hemocomponentes são essenciais: identificação precisa do paciente, rotulagem correta da amostra de sangue para o teste pré-transfusão e verificação final da identidade do paciente e da bolsa de sangue (o sangue certo para o paciente certo)¹³.
- ✓ As reações imediatas, do tipo febril ou hemolítica, podem ocorrer até 24 horas após o início da transfusão¹².
- ✓ As instituições devem ter procedimentos operacionais escritos para a administração de sangue e hemocomponentes, especialmente para a verificação final do paciente, bolsa de sangue, compatibilidade e documentação¹³.
- ✓ Caso indicado, o aquecimento de um produto hemoterápico deve ser feito em equipamento especial, com temperatura controlada e com orientação de profissional responsável do serviço de hemoterapia⁴.
- ✓ Para todos os pacientes que recebem uma transfusão de sangue e de hemocomponentes, é fundamental que os profissionais envolvidos saibam *Reconhecer*, *Responder* e *Relatar* reações transfusionais (os “três R”)¹⁶.
- ✓ A falha na identificação do paciente é uma das principais causas de erros nos procedimentos realizados em hospitais. As instituições devem ter um sistema padronizado de identificação do paciente, que inclui o uso de pulseiras, para que os profissionais possam identificá-lo corretamente antes de iniciar um procedimento⁵.
- ☑ A verificação final junto ao paciente, imediatamente antes de iniciar a transfusão, é a última oportunidade para constatar um erro de identificação que

pode ser fatal. A transfusão de sangue ou de um hemocomponente incorreto ainda é, isoladamente, o problema grave mais frequente desse procedimento terapêutico^{1,13}.

- ☑ O paciente que está recebendo uma transfusão não deve ser transportado para outra unidade/serviço, particularmente se a infusão foi recém-iniciada, salvo em situações críticas. Nesse caso, há recomendações especiais para o transporte¹⁴.
- ☑ As transfusões devem ser realizadas, de preferência, durante o dia¹².
- ☑ A educação permanente de todos os profissionais envolvidos no processo de transfusão – da área clínica e do serviço de hemoterapia – é essencial para a administração segura de sangue e hemocomponentes² e deve integrar o programa de qualidade da instituição.
- ☑ No paciente inconsciente ou sob efeito de anestesia, a hipotensão e o sangramento incontrolável podem ser os únicos indicadores de uma transfusão incompatível¹³.
- ☑ Todos os cuidados recomendados para a segurança do processo transfusional devem ser repetidos para cada bolsa a ser instalada, incluindo a monitoração inicial e continuada do paciente¹³.

REFERÊNCIAS

1 WHO. WHO inter-regional consultation on strengthening the role of nurses and midwives in ensuring safe clinical transfusion and patient safety: concept paper for the consultation. Dubai; 2010 [acesso em 2013 Fev 17]. Disponível em: http://www.who.int/bloodsafety/events/consultation_irc_nurses/en/index.html

2 United Kingdom, Department of Health, Health Service Circular. Better blood transfusion: safe and appropriate use of blood. London; 2007 [acesso em 2013 Fev 18]. Disponível em: <http://www.transfusionguidelines.org/Index.aspx?Publication=NTC->

&Section=27&pageid=1368

3 Razouk FH, Reiche EMV. Caracterização, produção e indicação clínica dos principais hemocomponentes. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2004 [acesso em 2013 Fev 17],26(2):126-134. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-84842004000200011&script=sci_arttext

4 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de hemocomponentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2013 Fev 16]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf

5 WHO. Clinical transfusion process and patient safety. Geneva; 2010 [acesso em 2013 Fev 17]. Disponível em: http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/index.html

6 WHO. Global forum for blood safety: patient blood management: concept paper. Dubai; 2011 [acesso em 2013 Fev 17]. Disponível em: http://www.who.int/bloodsafety/events/gfbs_01_pbm/en/index.html

7 Centers for Disease Control and Prevention (US). Blood safety basics. Atlanta, GA; 2013 [acesso em 2013 Fev 17]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/bloodsafety/basics.html>

8 WHO. Blood safety and availability. Fact sheet n° 279. Geneva; 2012 [acesso em 2013 Fev 17]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/index.html>

9 Brasil. Lei 10.205, de 21 de março de 2001. Brasília, DF; 2001 [acesso em 2013 Fev 16]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/10205_01.htm

10 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 1.353, de 13 de junho de 2011. Aprova o regulamento técnico de procedimentos hemote-

rápicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2013 Fev 16]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1353_13_06_2011.html

11 Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Hemovigilância. Brasília, DF: ANVISA; [data desconhecida] [acesso em 2013 Fev 17]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos+-+Comercializacao+-+Pos+-+Uso/Hemovigilancia>

12 Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC/ANVISA nº 153, de 14 de junho de 2004. Brasília, DF: ANVISA; 2004 [acesso em 2013 Fev 17]. Disponível em: www.sbpc.org.br/upload/noticias_gerais/320100416113458.pdf

13 WHO. The clinical use of blood: handbook. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 2013 Fev 17]. Disponível em: http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/index.html

14 London Health Sciences Centre (CA), St. Joseph's Health Care London. Blood transfusion resource manual. London, CA: St. Joseph's Health Care London; 2012 [acesso em 2013 Fev 18]. Disponível em: <http://www.lhsc.on.ca/>

15 Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA; 2004 [acesso em 2013 Fev 17]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Servicos+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Legislacao/Residuos>

16 WHO. WHO inter-regional consultation on strengthening the role of nurses and midwives in ensuring safe clinical transfusion and patient safety: recommendations. Dubai: WHO; 2010 [acesso em 2013 Fev 17]. Disponível em: http://www.who.int/bloodsafety/events/consultation_irc_nurses/en/index.html

ESTRATÉGIA 10: UTILIZAÇÃO SEGURA DE EQUIPAMENTOS

ASPECTOS RELEVANTES

O termo Tecnologias em Saúde é definido como “medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população”^{1:1}.

Essa estratégia está estruturada com foco na utilização de equipamentos utilizados no cuidado à saúde, como monitores, desfibriladores, oxímetros, aparelhos de verificação de pressão arterial/glicemia, ventiladores mecânicos, entre outros, com o intuito de tornar visível a importância destes para a segurança do paciente.

Quando os equipamentos são de qualidade reconhecida, utilizados corretamente e submetidos à manutenção sistemática, contribuem para a segurança do paciente, bem como com o bom desempenho dos profissionais de saúde e com a redução de custos operacionais. No entanto, não se pode desprezar o potencial de riscos que a utilização de equipamentos no cuidado à saúde pode trazer ao paciente, profissional e ambiente.

RECOMENDAÇÕES

- A equipe de saúde deve exigir da instituição/serviço responsável pela instalação/manutenção o planejamento de ações sistemáticas voltadas ao uso seguro dos equipamentos^{2:64}:
 - ✓ as instruções de uso de um equipamento devem conter

todas as informações que possibilitem comprovar se o produto encontra-se bem instalado e pode funcionar corretamente e com segurança;

- ✓ devem acompanhar o produto informações sobre a instalação, manutenção corretiva, manutenção preventiva e calibração.
- A instituição deve promover capacitações sistemáticas dos profissionais, em parceria com o Serviço de Engenharia ou de Manutenção, quanto à utilização segura dos equipamentos, principalmente os de uso esporádico.
- A instituição deve realizar ampla divulgação quando da inclusão de novos equipamentos. Nos primeiros meses de utilização, deve supervisionar o manejo e funcionamento adequado para identificar incongruências entre a utilização segura, recomendada pelo fabricante, e a praticada pelos profissionais.
- Deve-se estabelecer uma lista com os passos para confirmar a instalação e programação corretas do equipamento antes de conectá-lo ao paciente. Sempre que possível, utilizar ilustrações para orientar o uso dos equipamentos.
- Devem-se manter os equipamentos em locais adequados, predeterminados e estratégicos para os casos de urgência. Cabos e conexões sobressalentes devem estar disponíveis para evitar que imprevistos impeçam o uso do equipamento.
- Deve-se utilizar planilha de controle individual para os equipamentos que necessitam de manutenção preventiva e/ou calibrações periódicas.
- Os equipamentos que apresentem problemas de funcionamento devem ser separados dos demais, identificados com etiqueta de proibição de uso e providenciado o pronto encaminhamento ao setor responsável pela manutenção.

- Deve-se orientar o paciente e seu acompanhante para não fazerem alterações na programação do equipamento e sobre os riscos associados, e incentivá-los a chamar o profissional sempre que tiverem dúvidas.
- Os sistemas de alarme não podem ser desativados, tanto por membros da equipe de saúde como pelo paciente e/ou acompanhante.
- O paciente e seu acompanhante devem ser orientados a comunicar a equipe de saúde sobre situações/aspectos de risco, como, por exemplo, início de alarmes (sonoro, luminoso).

LEMBRE

- A introdução de novos equipamentos deve ser acompanhada por divulgação, capacitação dos profissionais e verificação da adesão às recomendações para o uso seguro, bem como da avaliação do impacto no sistema de saúde³.

REFERÊNCIAS

1 Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria N° 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui comissão para elaboração da política de gestão tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 2013 Mar 17]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2510.htm>

2 Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para regularização de equipamentos médicos na ANVISA. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em

2013 Mar 17]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Produtos+para+Saude/Assunto+de+Interesse/Publicacoes/manual+para+regularizacao+de+equipamentos+medicos+na+anvisa>

3 Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de gestão de tecnologias em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2013 Mar 17]. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/.../pdf/politica_tecnologia_setembro09.pdf

ESTRATÉGIA 11: PACIENTES PARCEIROS NA SUA SEGURANÇA

ASPECTOS RELEVANTES

A Organização Mundial da Saúde recomenda que uma das iniciativas para garantir a segurança do paciente seja o desenvolvimento da autonomia e corresponsabilidade do próprio paciente/acompanhante no processo de tratamento, recuperação e cura¹. Em consonância com essa recomendação, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que coordena as ações nacionais pela segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, lançou em 2012 o Projeto Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde².

Os pacientes esperam e acreditam que os profissionais de saúde vão lhes oferecer um cuidado apropriado e seguro conforme as suas necessidades. Proporcionar e receber cuidados de saúde deve ser um ato de parceria e confiança entre os pacientes e profissionais da saúde. Assim, o envolvimento do paciente e do seu acompanhante é uma medida para fortalecer o cuidado seguro³.

Aos usuários dos serviços de atenção à saúde estão assegurados, por lei, seus direitos à preservação da autonomia na defesa de sua integridade física e moral e às informações sobre sua saúde⁴. Além do reconhecimento de seu direito à participação, é importante que os pacientes também compreendam que compartilham com os profissionais da saúde a responsabilidade pelo cuidado adequado e seguro⁵.

Para os profissionais da saúde, a parceria com os pacientes possibilita o oferecimento de um cuidado individualizado, ajustado às suas necessidades e condições peculiares. Já, para o paciente, o desempenho de um papel ativo permite

combater a impotência e a desesperança, possibilita-lhe perceber que não é simplesmente uma vítima de erros e falhas na segurança e que tem capacidade para efetuar mudanças⁶. Por meio da parceria com o paciente, a equipe de saúde fomenta sua autonomia, reconhece seu direito à participação na tomada de decisões e restitui seu papel de protagonista no cuidado a sua saúde, além de prepará-lo para o autocuidado.

É essencial valorizar a estreita relação entre crenças e valores culturais e o modo como o paciente percebe a doença, compreende e aceita os cuidados e o tratamento recomendado. Diante das diversidades de etnia, gênero, orientação sexual, nível socioeconômico, idade, crenças religiosas e políticas, entre outras, o profissional de saúde deve reconhecer a individualidade de cada paciente e demonstrar aceitação e respeito⁷.

A participação do paciente, que deve perpassar todas as áreas da segurança e da atenção à saúde, inclui indagar sobre suas preferências, promover o seu relacionamento com a equipe de saúde, elaborar materiais sobre segurança do paciente, criar comitês de aconselhamento para as famílias, formular políticas e pleitear mudanças por meio de parcerias com agências reguladoras e de acreditação¹.

RECOMENDAÇÕES

- Incentivar os pacientes e acompanhantes a se tornarem parceiros da equipe de saúde. A participação contribui para o cuidado seguro e pode evitar erros.
- Educar os pacientes e acompanhantes sobre a sua participação no cuidado adequado e seguro. Informar sobre sua responsabilidade de prestar informações, esclarecer sempre suas dúvidas, seguir o tratamento recomendado e comunicar e assumir a responsabilidade

pela recusa de procedimentos, exames, tratamentos, entre outros⁵.

- Divulgar aos pacientes e acompanhantes as recomendações do Projeto Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, lançado pela ANVISA em 2012, constantes no fôlder “Você sabia que pode colaborar para um cuidado mais seguro e com qualidade nos serviços de saúde?”⁸:
 - ✓ Nas consultas, faça perguntas até certificar-se de que compreendeu bem o que está sendo explicado/recomendado pelo profissional da saúde.
 - ✓ No caso de necessitar de uma cirurgia, solicite ao cirurgião informações sobre como é a cirurgia, qual o preparo pré-operatório, tempo de duração, resultados esperados e possíveis complicações. Informe ao cirurgião, anesthesiologista, farmacêutico e enfermeiro sobre alergias a medicamentos e reações adversas à anestesia.
 - ✓ No caso de exames diagnósticos, informe-se sobre como é feito o exame, qual o preparo necessário e o recebimento dos resultados. Esclareça com o médico o resultado do exame e a relação com seu estado de saúde.
 - ✓ Quanto ao uso de medicamentos, informe ao profissional todos os medicamentos em uso e sobre alergias a medicamentos e alimentos. Pergunte se existem riscos em combinar medicamentos, alimentos e suplementos alimentares. Verifique se a prescrição médica está clara e legível, e se a receita é obrigatória para a compra dos medicamentos. Leia o rótulo e as advertências na bula dos medicamentos em uso.
 - ✓ No caso de internação, assegure-se de que a instituição hospitalar: está regularizada junto à Vigilância Sanitária local e seus profissionais portam identificação pessoal e visível (crachá); identifica seus pacientes (por exemplo, com pulseira de identificação); realiza a administração segura de medicamentos; previne quedas dos pacientes e úlceras

por pressão. Lembre que o manuseio de cateteres, sondas e equipamentos deve ser feito somente por profissionais da instituição. O hospital deve manter o seu prontuário em local seguro e permitir o seu acesso a ele sempre que necessário. Na alta hospitalar, tenha certeza de que recebeu e compreendeu todas as orientações e prescrições, para dar continuidade aos cuidados de modo seguro em sua casa.

- ✓ Quanto ao controle de infecções hospitalares, verifique se a instituição tem sua Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Certifique-se de que os profissionais de saúde higienizam as mãos nos cinco momentos recomendados: (1) antes de tocar em você, (2) após tocar em você, (3) antes de realizar procedimentos assépticos (por exemplo, administração de medicamentos, punção venosa, realização de curativos, inserção de sondas), (4) após contato com sangue e líquidos corporais e (5) após tocar superfícies e objetos próximos a você (por exemplo, lençóis, cobertores, cama, mesa de cabeceira, mesa auxiliar).
- Dedicar um tempo para conversar com o paciente/acompanhante e, assim, conhecer suas percepções sobre o ambiente de prestação de serviços, identificando precocemente riscos e pontos de vulnerabilidade.
- Utilizar linguagem de fácil compreensão para o paciente/acompanhante, explicando termos técnicos e utilizando figuras ou manuais explicativos destinados à educação para o autocuidado.
- Manter-se alerta para as diferenças culturais que possam interferir na comunicação adequada. Tanto na comunicação verbal como não verbal, o significado pode variar conforme a cultura. Estar alerta para as possíveis barreiras na comunicação é fundamental para evitar mal-entendidos, falta de cooperação e ofensas⁷. Devem-se observar crenças e atitudes, ouvir e identificar diferenças

em significados de palavras. Perguntar ao paciente: ele é quem melhor conhece suas especificidades culturais⁹.

- Preservar o sigilo e a confidencialidade das informações com vistas ao estabelecimento de uma relação de confiança da equipe com os pacientes.
- Estimular o paciente e o acompanhante a fazerem perguntas e esclarecerem suas dúvidas previamente à realização do cuidado/exame. Essa pode ser a última oportunidade para identificar e interceptar um erro.

LEMBRE

- ☑ O paciente e seu acompanhante têm o direito de participar do seu cuidado.
- ☑ O acompanhante deve ser orientado e preparado para participar dos cuidados juntamente com a equipe de saúde.
- ☑ A parceria entre a equipe de saúde e o paciente/acompanhante promove e subsidia o autocuidado, contribuindo também para a adesão às recomendações dos profissionais.
- ☑ Valorizar a comunicação com os pacientes, ouvir suas preocupações e viabilizar sua participação ativa no cuidado são aspectos essenciais da segurança¹⁰.
- ☑ A parceria entre a equipe de saúde e o paciente/acompanhante implica a aprendizagem de novas perspectivas e comportamentos para todos os envolvidos, exigindo paciência e sensibilidade da equipe multiprofissional.
- ☑ A parceria com o paciente contribui para o cuidado seguro e pode evitar erros, mas a responsabilidade pela segurança dos pacientes é dos profissionais da saúde¹¹.

REFERÊNCIAS

1 World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Forward programme 2008-2009. Geneva: WHO; 2008 [acesso em 2013 Fev 24]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/en/

2 Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Projeto pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, DF: ANVISA; 2012 [acesso em 2013 Fev 22]. Disponível em: proqualis.net/higienizacao/files/2013/01/Projeto-Pacientes.pdf

3 World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Patient safety workshop: learning from error. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 2013 Fev 24]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/

4 Brasil, Presidência da República. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990. [acesso em 2013 Fev 23] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

5 Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2013 Fev 16]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1114

6 Nelson J, Hellyer JMH. The patient's responsibility: nurses need to reject the temptation to blame and judge. AJN. 2011 Feb;111(2):11.

7 International Council of Nurses. ICN position: cultural and linguistic competence. Geneva: ICN; 2007 [acesso em 2013 Fev

24]. Disponível em: <http://www.icn.ch/publications/position-statements/>

8 Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Você sabia que pode colaborar para um cuidado mais seguro e com qualidade nos serviços de saúde? Brasília, DF: ANVISA; 2012 [acesso em 2013 Fev 22]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2012+noticias/pacientes+poderao+contribuir+com+a+qualidade+do+atendimento>

9 Australia, Victorian State Government, Department of Health. Enhancing communication and clinical practice to help realise healthcare rights. Melbourne: Department of Health; 2010 [acesso em 2013 Fev 24]. Disponível em: <http://www.health.vic.gov.au/patientcharter/services/clinical.htm>

10 Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? Qual Saf Health Care. 2002 Mar;11(1):76–80.

11 Davis RE, Jacklin RMRCs, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? Health Expect. 2007 Sept;10(3):259–267.

ESTRATÉGIA 12: FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O CUIDADO SEGURO

A proteção dos pacientes de danos não intencionais é uma responsabilidade dos profissionais, da equipe, das instituições e dos serviços e do sistema de saúde¹. Na construção da cultura de segurança, a formação acadêmica e a educação permanente dos profissionais da saúde destacam-se como componentes essenciais.

A qualidade da atenção à saúde resulta do trabalho de grupos; a ação isolada de pessoas não é suficiente. Cuidados seguros e de qualidade só podem ser alcançados com o esforço conjunto de serviços de atenção à saúde e academia. O aperfeiçoamento de sistemas e processos de cuidado à saúde está intrinsecamente associado ao preparo dos profissionais².

As formas de vislumbrar o cuidado vinculado a novas políticas de saúde nacionais e internacionais trazem à tona a visão do cuidado voltado à segurança, tanto do ponto de vista de quem cuida como de quem é cuidado. Sob esse prisma, é necessário discutir as práticas atuais com o intuito de produzir ações que efetivamente sejam capazes de reduzir os riscos à segurança do paciente durante a assistência à saúde.

A formação de profissionais da saúde está exigindo uma grande transformação³ para atender às necessidades dos pacientes no século 21. Os problemas de saúde, os desejos dos pacientes, as expectativas em relação aos sistemas de saúde, o dimensionamento de equipes e profissionais, novas tecnologias e a ênfase na qualidade, entre outras, são características do cenário atual de atenção à saúde⁴. E, nesta perspectiva de uma grande reforma, tanto o ensino dos estudantes como o preparo dos professores deve receber igual atenção.

Recomendações de mudança no preparo profissional

têm sido dirigidas às profissões da área da saúde como um todo, destacando o cuidado centrado no paciente, o trabalho em equipe, a prática baseada em evidências, a melhora da qualidade e o uso da informática³ como as cinco áreas de competências a serem integradas na formação.

A necessidade de atualização emerge, também, da mobilidade espacial e acadêmica características do mundo globalizado de hoje, em que profissionais da saúde estudam, trabalham e buscam aperfeiçoamento em instituições e serviços internacionais. Assim, com a disseminação mundial do movimento pela segurança do paciente, a formação de profissionais da saúde está exigindo uma base comum ou um currículo internacional. Em um mundo interdependente, renovar a educação profissional pode fortalecer os sistemas de saúde⁵.

Possivelmente em decorrência do destaque dado pela mídia aos erros associados aos medicamentos, outros componentes da segurança do paciente não têm recebido atenção adequada no planejamento de um currículo internacional. Componentes como o controle de infecção, segurança no uso de equipamentos, ambiente de cuidado seguro e prevenção de quedas, proteção contra riscos ambientais e a própria percepção dos pacientes do que é a segurança devem integrar um currículo internacional sobre segurança do paciente⁶.

A ciência da segurança implica conhecimento sobre trabalho em equipe, utilização de informações e da tecnologia da informação, aferição da qualidade e comunicação com pacientes sobre o erro. Falhas na comunicação e relações de trabalho insatisfatórias são fatores marcantes na maioria dos eventos adversos⁷. É preciso expor claramente a influência da colaboração na melhora do trabalho em equipe e, em consequência, na segurança do paciente⁸. Os currículos de formação profissional devem incentivar as abordagens inter-

profissionais de cuidado e a comunicação⁹. A segurança do paciente pode ser entendida, numa visão mais abrangente, como um tema transversal na formação de profissionais da saúde¹⁰⁻¹².

Em 2008, o Canadian Patient Safety Institute e o The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada elaboraram o documento *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*, que indica conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidos na formação e aperfeiçoamento de todos os profissionais da saúde. Sua finalidade é promover a cultura da segurança do paciente em todos os serviços e instituições de cuidado à saúde. Para tanto, deve ser adaptado e adotado na formação de profissionais da saúde e na educação permanente no trabalho⁸.

O modelo proposto compreende seis domínios de competências para a segurança do paciente, com a descrição de seus respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes. Os seis domínios são os seguintes⁸:

- Domínio 1: o profissional da saúde contribui para a cultura de segurança do paciente, assumindo o compromisso de aplicar diariamente no seu trabalho os conhecimentos, habilidades e atitudes básicos de segurança.
- Domínio 2: realiza seu trabalho junto com equipes, de modo interdisciplinar, buscando maximizar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.
- Domínio 3: utiliza a comunicação efetiva.
- Domínio 4: maneja os riscos à segurança, antecipando, reconhecendo e manejando adequadamente situações que colocam o paciente em risco.
- Domínio 5: maneja a relação entre as características individuais e ambientais de modo a otimizar a segurança do paciente.

- Domínio 6: reconhece a ocorrência de um evento adverso ou de um incidente que não chegou a atingir o paciente e responde efetivamente para reduzir o dano, assegurar a revelação e prevenir a repetição.

Para que sejam desenvolvidas, as competências da segurança devem estar na linha de frente do ensino, devem ser visíveis e comentadas diariamente, à beira do leito, nas unidades de internação, clínicas, farmácias, ambulatórios, entre tantos outros locais de cuidados à saúde. Os professores devem incorporar as competências da segurança a sua prática diária de ensino, de modo a transformar todas as oportunidades em momentos de aprendizagem⁸. As competências da segurança também precisam ser desenvolvidas pelos profissionais já atuantes nos serviços de saúde⁸.

Por entender que a educação em segurança do paciente é necessária na formação de profissionais da saúde, e que isso pode ser um grande desafio para instituições de ensino face ao preparo limitado de muitos professores, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu, em 2011, o *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. O *Curriculum Guide* foi elaborado por um grupo de mais de 50 profissionais de várias partes do mundo, tendo como referência o *Australian Patient Safety Education Framework*, validado na Austrália e internacionalmente e publicado em 2005, e o *The Safety Competencies – Enhancing patient safety across the health professions*, produzido no Canadá em 2009. Tanto o documento australiano como o canadense estão centrados em conhecimento, habilidades e atitudes/comportamentos exigidos de todos os profissionais da saúde¹³.

As propostas do *Curriculum Guide* são flexíveis e podem ser integradas a currículos já existentes. O documento apresenta os temas e o modo como podem ser desenvolvi-

dos por professores e estudantes. É um currículo que visa o estudo das questões de segurança nas diversas situações de cuidado, desde o momento em que o estudante entra pela primeira vez em um serviço de saúde. As habilidades e os comportamentos de segurança do paciente do futuro profissional devem ser desenvolvidos em cada situação de cuidado, quando deve aprender a tratar cada paciente como um indivíduo único, com características e necessidades particulares a serem consideradas. A OMS destaca, ainda, que os estudantes, ao aplicarem seus conhecimentos e habilidades de segurança do paciente, podem servir de exemplo para os profissionais já atuantes nos serviços de saúde¹³.

Para introduzir a segurança do paciente nos currículos dos cursos, a OMS sugere três passos: descrever os resultados de aprendizagem esperados, identificar o que o currículo já aborda quanto à segurança e realizar as mudanças a partir do que já está sendo contemplado. Devem-se reconhecer e valorizar os vários aspectos da segurança do paciente que são abordados costumeiramente nos currículos dos profissionais da saúde, ou seja, não se trata da introdução de um novo tema¹³.

No Brasil, a partir da implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em abril de 2013, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, pretende incentivar a inserção de conteúdos sobre segurança do paciente em cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação na área da saúde¹⁴.

No que se refere aos cursos técnicos, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), voltado para a capacitação de técnicos nas áreas de Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnica, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese

Dentária, Enfermagem e Vigilância em Saúde, além de aprimorar os conhecimentos básicos dos Agentes Comunitários da Saúde e de cuidadores de idosos¹⁵, pode contribuir significativamente para a construção da cultura de segurança nos serviços de saúde.

Para os cursos de graduação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), implantado em 2005, embora não seja voltado para a temática da segurança do paciente, enfatiza o trabalho em equipes multiprofissionais e a abordagem interdisciplinar. O Programa estabelece três eixos – Orientação Teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica – para a formação dos profissionais da saúde no Brasil, como estratégia para aproximar teoria e prática, combater a fragmentação do cuidado e desenvolver habilidades para o trabalho colaborativo e interdisciplinar. Para o Pró-Saúde, não só os estudantes, mas também os profissionais estão em permanente processo de educação, e as parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde têm um papel decisivo na qualificação da assistência¹⁶.

Na formação de profissionais, uma questão importante a ser considerada é que a segurança do paciente é um conceito novo. A preocupação com a segurança do paciente e a qualidade do cuidado são questões mais recentes na saúde, e é preciso lembrar que muitos professores não tiveram, em sua formação, educação para a segurança do paciente^{2,13}. Por esse motivo, a sua integração aos currículos ainda é incipiente¹⁷.

No processo de formação dos profissionais da saúde, um aspecto essencial é que a segurança seja um pressuposto internalizado pelos estudantes como um direito dos pacientes¹⁸. Igualmente importante é o fato de que a formação do estudante compreende não só conteúdos e práticas curricula-

res. O que é aprendido informalmente nas interações, tanto em sala de aula como em laboratório e em ambientes de cuidado, exerce forte influência sobre valores e atitudes do futuro profissional³. E deve-se lembrar de que o que é aprendido desse modo pode ser o oposto do que é formalmente ensinado¹⁹, e isso indica que a segurança do paciente não depende somente de conhecimentos. Os comportamentos de segurança, ou de falta de segurança, observados pelos estudantes exercem poderosa influência na sua formação.

Muitos serviços de saúde estão substituindo o enfoque na pessoa que comete um erro pela investigação de onde se encontram os riscos de dano ao paciente, e buscando maneiras de reduzir as possibilidades de ocorrência²⁰. Analogamente, a consolidação da cultura de segurança do paciente depende muito do modo como são abordados os erros cometidos pelos estudantes. Embora seja esperado que os estudantes errem durante sua aprendizagem prática, é necessário considerar tais erros no contexto mais amplo dos sistemas de educação e de prática profissional. Os currículos e programas de ensino devem assegurar aos estudantes as condições para alcançar os padrões de desempenho clínico e que sua prática seja o mais segura possível²¹.

Estratégias de ensino variadas podem ser utilizadas pelos docentes no preparo dos futuros profissionais. Nos laboratórios de simulação, por exemplo, os estudantes podem aprender a atuar em equipe, praticar a comunicação e familiarizar-se com a terminologia da segurança, como o *leia de volta* (repita o que foi dito) recomendado em situações de recebimento de informações por telefone².

Outra possibilidade é a atuação conjunta de docentes e profissionais dos serviços de saúde, como, por exemplo, os enfermeiros, pois estes recebem educação permanente sobre segurança. Enquanto os professores enfocam o ensino da

fundamentação teórica, os enfermeiros da área clínica colaboram no ensino da segurança aos estudantes nos campos de prática, constituindo um método que explora, além dos conceitos, também a sua aplicação em situações reais de cuidado. Em consequência, os estudantes podem desenvolver competências para a segurança do paciente¹⁸.

Docentes e profissionais dos serviços de saúde podem, ainda, realizar estudos de caso conjuntamente. O preparo dos estudantes para as práticas pode incluir os potenciais erros de alto risco para o paciente, e o incentivo ao relato de quaisquer riscos à segurança que venham a observar².

A utilização de metodologias ativas no processo de formação e educação permanente dos profissionais da saúde pode ser particularmente produtiva. A problematização de situações de cuidado presentes no cotidiano do fazer profissional e que apresentem risco de ocorrência de eventos adversos pode ser construída e discutida conjuntamente por estudantes, docentes e enfermeiros. As rodas de conversa sobre os eventos adversos mais frequentemente notificados ou identificados pela equipe de um serviço de saúde constituem outra proposta de problematização e análise de aspectos relacionados à segurança do paciente^{11,12,22}.

A segurança do paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado. Mesmo sendo um conceito relativamente novo tanto na área assistencial como na educação de profissionais da saúde, a preocupação com a segurança do paciente já se tornou um expressivo movimento mundial. Os programas de acreditação hospitalar, uma certificação de qualidade específica para os serviços de saúde, têm contribuído muito para difundir princípios e práticas de segurança do paciente, além de incentivarem mudanças administrativas em todos os setores das instituições de modo a reduzir riscos e potencializar o cuidado seguro dos pacientes.

Serviços de saúde e órgãos governamentais, tanto no exterior como no Brasil, têm feito avanços consideráveis na promoção da segurança no cuidado. As instituições e os cursos de formação de profissionais da saúde, por sua vez, ainda demonstram timidamente, em sua grande maioria, a preocupação com o cuidado seguro. É necessário que reconheçam claramente nos seus currículos o cuidado seguro como um direito do paciente e, portanto, um dever do profissional de saúde por eles formado.

O compromisso de instituições de ensino e cursos de formação com o preparo de profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o cuidado seguro exige uma urgente transformação de currículos e processos de ensino-aprendizagem. Para esse empreendimento, recomendam-se os documentos *The Safety Competencies*, do Canadian Patient Safety Institute (2008)⁸, o *Curriculum Guide*, da OMS (2011)¹³ e o Programa Nacional de Segurança do Paciente, do Ministério da Saúde (2013)¹⁴.

REFERÊNCIAS

- 1 Neufeld K. The safety imperative. *Canadian Nurse*. 2009 Oct;105(8):2.
- 2 Sherwood G, Drenkard K. Quality and safety curricula in nursing education: matching practice realities. *Nurs Outlook*. 2007 [acesso em 2013 Maio 19];55:151-155. Disponível em: taha.org/.../QS_curricula_in_nursing_education.pdf
- 3 Greiner AC, Knebel E, editors. *Health professions education: a bridge to quality. Executive summary*. Washington, DC: National Academies Press; 2003 [acesso em 2013 Maio 26]. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309087236>

4 Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Report brief. Washington, DC: Institute of Medicine; 2001 [acesso em 2013 Maio 26]. Disponível em: www.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf

5 Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel. Washington, D.C. (US): Interprofessional Education Collaborative; 2011 [acesso em 2013 Maio 19]. Disponível em: https://www.aamc.org/download/186750/data/core_competencies.pdf

6 Vaismoradi, Mojtaba. Nursing education curriculum for improving patient safety. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2012 Feb [acesso em 2013 Maio 12];2(1):101-104. Disponível em: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/516/328>

7 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences, Institute of Medicine; 2000.

8 Canadian Patient Safety Institute (CA). *The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions*. Ottawa: Canadian Patient Safety Institute; 2008 [acesso em 2013 Maio 19]. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/safetyCompetencies/Pages/default.aspx>

9 Kingston-Riechers J, Ospina M, Jonsson E, Childs P, McLeod L, Maxted J. *Patient Safety In Primary Care*. Edmonton, Alberta (CA): Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council; 2010 [acesso em 2013 Maio 19]. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/patientSafetyPublications/Pages/default.aspx>

10 Harada MJCS. *Segurança do paciente, interface entre o ensino*

e a prática de enfermagem. [slide]. Campinas, SP: o autor; [2011] [acesso 2013 Maio 26]. Disponível em: <http://foruns.bc.unicamp.br/Arquivos%20Biblioteca%20Virtual/Saude/08-11/arquivosPP6.htm>

11 Wegner W. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil [tese de doutorado]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

12 Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(3):427-434.

13 WHO. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: WHO; 2011 [acesso em 2013 Maio 27]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf

14 Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2013 Abr 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

15 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Educação Profissional e PROFAPS. Brasília; [data desconhecida] [acesso em 2013 Maio 5]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/>

16 Ministério da Saúde (BR); Ministério da Educação. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em 2013 Maio 5]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/index.php>

17 Walton M, Woodward H, Van Staalduinen S, Lemer C, Greaves F, Noble D, Ellis B, et al. The WHO patient safety curriculum guide for medical schools. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:542-546.

18 Vaismoradi M, Salsali M, Marck P. Patient safety: nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *Int Nurs Rev*. 2011;58:434-442.

19 Maudsley G. What issues are raised by evaluating problem-based undergraduate medical curricula? Making healthy connections across the literature. *J Eval Clin Pract*. 2001 Aug[acesso em 2013 Maio 27];7(3):311-324. Disponível em: http://www-periodicos-capes-gov-br.ez45.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_phome

20 On a mission to prevent the preventables. *Canadian Nurse*. 2009 Oct;105(8):32-33.

21 Gregory D, Guse L, Dick DD, Davis P, Russell CK. What clinical learning contracts reveal about nursing education and patient safety. *Can Nurse*. 2009 Oct;105(8):20-25.

22 Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2013 Jun 5]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a publicação de *Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para Profissionais da Saúde*, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo RS pretende contribuir para a construção da cultura de segurança do paciente no Brasil e, desse modo, garantir mais segurança em ambientes, ações e processos de cuidado, tanto para pacientes como para profissionais.

A segurança do paciente resulta (a) do esforço e comprometimento diário de equipes multiprofissionais, instituições e serviços de atenção à saúde, públicos e privados, (b) de processos e sistemas organizados, avaliados e aprimorados continuamente quanto à prevenção e redução de danos, (c) do reforço contínuo para as boas práticas assistenciais recomendadas por agências nacionais e internacionais, (d) da formação de profissionais da saúde e (e) de uma política nacional de segurança no cuidado à saúde.

O lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em abril de 2013, é um marco do compromisso com a assistência segura no Brasil e destaca a educação permanente como o fio condutor para segurança e qualidade no cuidado à saúde. Este Manual se constitui em um instrumento para a educação multiprofissional e, em cada capítulo, pontua que ela é a pedra angular da segurança do paciente.

Impressão:

GRÁFICA
Epecê

Qualidade e tradição PUCRS ●●●●