



HELOISA HELENA MONTEIRO NUNES

JOSIANE DOS SANTOS BARBOSA

RUTH HELENA DA SILVA FEIO

Atuação do enfermeiro nos protocolos de segurança do paciente.

BELÉM

2015

HELOISA HELENA MONTEIRO NUNES
JOSIANE DOS SANTOS BARBOSA
RUTH HELENA DA SILVA FEIO

Atuação do enfermeiro nos protocolos de segurança do paciente.

Trabalho acadêmico apresentado como requisito para elaboração de trabalho de conclusão de curso – Bacharelado em enfermagem na Faculdade Paraense de ensino - FAPEN **Orientador: Prof. Uêbem Fernandes Ramos.**

BANCA EXAMINADORA

1ª Avaliador

2ª Avaliador

3ª Avaliador

APRESENTADO EM:

___/___/___

BELÉM – PA
2015
HELOISA HELENA MONTEIRO NUNES

JOSIANE DOS SANTOS BARBOSA
RUTH HELENA DA SILVA FEIO

Atuação do enfermeiro nos protocolos de segurança do paciente

Trabalho de conclusão do curso apresentado a
FAPEN – Faculdade Paraense de Ensino,
objetivando a obtenção do Grau de Bacharel em
Enfermagem, orientado pelo Prof .Uêbem
Fernandes Ramos

BELÉM

2015

ASSINATURAS

Este trabalho é o resultado dos esforços dos acadêmicos: Heloisa Helena Monteiro Nunes, Josiane dos Santos Barbosa, Ruth Helena da Silva Feio sob a orientação do Prof. Uêbem Fernandes Ramos, intitulado “Atuação do enfermeiro na segurança do paciente: com ênfase nos antecedentes históricos, aspectos normativos e estratégias para a segurança do paciente” e conduzido na Faculdade Paraense de Ensino - FAPEN. As pessoas listadas abaixo reconhecem o conteúdo deste documento e os resultados do Trabalho de Graduação.

HELOISA HELENA MONTEIRO NUNES

JOSIANE DOS SANTOS BARBOSA

RUTH HELENA DA SILVA FEIO

PROF. UÊBEM FERNANDES RAMOS

AGRADECIMENTO GERAL

Agradecemos a todos os que colaboraram para nossa formação dentro desta instituição de ensino, onde pudemos aprender e ensinar, pois o ensino nada mais é que uma troca de conhecimento onde um está disposto a colaborar com o outro. Somos muito gratos pelo ensino desenvolvido pela Faculdade Paraense de Ensino – FAPEN. Na qual disponibilizou sua estrutura física e corpo docente qualificado que nos proporcionou momentos únicos e com toda certeza iremos guardar na memória todas as vezes que fomos desafiados a aprender e a descobrir coisas que nunca havíamos vivenciado.

Não temos como citar os nomes de cada professor que aqui passou e nos transmitiu o que tinha de melhor, mas não podemos deixar de agradecer a todo o empenho e atenção do nosso orientador Prof. Uêbem Fernandes Ramos. Estes são agradecimentos mútuos que temos para com a instituição e os nossos maravilhosos educadores.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, o centro e o fundamento de tudo em minha vida, por renovar a cada momento a minha força e disposição para continuar a lutar por todos os meus sonhos e projetos.

A minha tia Auxiliadora, esta que mesmo à distância, desejava palavras de incentivo e carinho a mim e a toda a minha família.

Em memória ao meu pai Didimo Raimundo e minha avó Heloisa Silva, estes que foram os meus maiores exemplos.

Helois Helena Monteiro Nunes

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por mais uma graça alcançada e das muitas que virão, por renovar a cada momento a minha força e disposição e pelo discernimento concedido ao longo dessa jornada, pois sei que estará me erguendo quando tropeçar.

A minha família que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, preocupando-se até com os problemas pessoais pelos quais passei durante esse período de construção do TCC. Obrigado por contribuir com tantos ensinamentos, tanto conhecimento, tantas palavras de força e ajuda.

Agradeço meu esposo Gláucio André, uma pessoa muito especial que durante toda jornada acadêmica, foi amigo, parceiro, e será muito importante em todas as etapas de minha vida, jamais esquecerei que ele foi a primeira pessoa que me incentivou a fazer o curso de enfermagem.

Ao meu orientador, Prof. Uêbem Fernandes Ramos, que acreditou em mim; que ouviu pacientemente as minhas considerações partilhando comigo as suas ideias, conhecimento e experiências e que sempre me motivou. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional e minha gratidão pela sua amizade, por ser um profissional extremamente qualificado e pela forma humana que conduziu minha orientação.

Obrigado a todos pela contribuição para que o sonho se tornasse realidade, sou vencedor, derrotei os fantasmas que me assombravam, hoje estou aqui, que venham os desafios.

Josiane dos Santos Barbosa

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois sem ele eu não estaria aqui, segundo ao meu marido Waldeny Oliveira de Sousa, por está sempre ao meu lado me incentivando, apoiando, ao meus parentes e amigos por serem meus fiéis torcedores.

Aos meus professores e mestres de minha faculdade em particular meu orientador deste TCC professor Uêbem Fernandes Ramos, pois sem sua ajuda e conhecimento eu não teríamos realizado esse sonho.

Ruth Helena da Silva Feio

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão de literatura científica, sobre a área da saúde e focado na temática da segurança do paciente. A preocupação com a segurança do paciente é um assunto de relevância crescente em todo o mundo. Visto que, inúmeros estudos enfatizam que eventos adversos causados por falhas no atendimento causam milhares de óbitos em todo o mundo. Essa preocupação é vista em períodos remotos de nossa civilização e, atualmente, tem-se verificado que várias estratégias para minimizar esses erros e eventos são expostas, principalmente aos enfermeiros, os quais apresentam um papel primordial no cuidado e na segurança do paciente. **O OBJETIVO** do trabalho foi analisar os aspectos fundamentais de segurança do paciente no contexto histórico e normativo no Brasil, apresentando as principais estratégias para a segurança do paciente, sobre tudo a atuação do enfermeiro e as boas praticas de enfermagem. **METODOLOGIA** adotada consistiu em uma revisão da literatura especializada. Esse tipo de pesquisa é caracterizado por ser um método que agrega os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre a mesma temática, objetivando a sintetização e análise de dados para desenvolvimento de explicações mais abrangente de um fenômeno específico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** É notório que segurança do paciente tomou proporção e relevância mundial, decorrente da relação de complexidade da assistência em saúde, do cuidado e as necessidades dos pacientes. Nesse contexto é indiscutível a atuação do profissional enfermeiro como personagem que está por tantas vezes próximo do paciente e seus familiares, conhecendo suas reais necessidades e sobre tudo realizando boas praticas de enfermagem caracterizada por princípios técnicos científicos, especialmente a pratica da humanização. Com isso, é possível desenvolver uma assistência para alcance de resultados com qualidade no qual o paciente atinge sua necessidade esperadas e satisfação e principalmente preservando sua integridade sem risco de danos a sua segurança.

Palavras-chave: Segurança do paciente, atuação do enfermeiro, boas praticas de enfermagem e aspectos normativos.

Abstract

This paper deals is a scientific literature review study on the health sector and focused on the issue of patient safety. Concern for patient safety is an issue of growing importance worldwide. Since, numerous studies emphasize that adverse events caused by failures in care cause thousands of deaths worldwide. This concern is seen in remote periods of our civilization and currently has been found that various strategies to minimize those errors and events are exposed, particularly nurses, who have a key role in the care and patient safety. **THE OBJECTIVE** of this study was to analyze the fundamental aspects of patient safety in the historical and legislative context in Brazil, presenting the main strategies for patient safety, especially the work of nurses and good nursing practice. **METHODOLOGY** adopted consists of a review of the literature. This type of research is characterized by being a method that aggregates the results of primary research on the same topic, aimed at synthesizing and data analysis for more comprehensive development of explanations of a specific phenomenon. **FINAL CONSIDERATIONS**, it is clear that patient safety took proportion and global importance, due to the complexity of health care relationship, the care and the needs of patients. In this context there is no doubt the role of the professional nurse as a character that is so often close to the patients and their families, knowing their real needs and above all making good nursing practices characterized by scientific technical principles, especially the practice of humanization. This makes it possible to develop a range of assistance for quality results in which the patient reaches its expected needs and satisfaction and mostly preserving its integrity without risk of damage to their safety.

Keywords: Patient safety, nursing work, good nursing practices and regulatory aspects

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – As definições dos atributos da qualidade.....10

QUADRO 2. Termos e definições adotadas pela RDC 36.....14

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. Objetivo geral	3
2.1 Objetivos específicos	3
3. METODOLOGIA	4
4. Revisão da literatura	6
4.1 Antecedentes de segurança do paciente no Mundo e no Brasil	6
4.2 Análise da Resolução da Diretoria Colegiada N°36 de 2013 e a portaria-529/2013 que institui a política nacional de segurança do paciente.	12
4.3 Análise das estratégias para segurança do paciente.....	18
4.3.1 higienização das mãos	19
4.3.2 identificação do paciente	20
4.3.3 comunicação efetiva	21
4.3.4 Prevenção de queda.....	22
4.3.5 Prevenção de úlcera por pressão	22
4.3.6 Administração segura de medicamentos	23
4.3.7 Uso seguro de dispositivos intravenosos.....	24
4.3.8 Procedimentos cirúrgicos seguros	25
4.3.9 Administração segura de sangue e hemocomponentes	25
4.3.10 Utilização segura de equipamentos	26
4.4 Atuação do enfermeiro na segurança do paciente e boa pratica de enfermagem.....	27
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente é um tema de relevância crescente em todo o mundo. Dados da literatura indicam que um em cada seis pacientes internados em hospitais são vítimas de algum tipo de erro ou evento adverso que muitas vezes leva a óbito. Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas por: HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos (KOHN, 2000).

Nesta perspectiva, a segurança do paciente tem se tornado uma preocupação central para o sistema de saúde no mundo todo. Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o projeto Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo objetivo fundamental é prevenir danos aos pacientes. Um dos elementos centrais da aliança mundial da OMS são a cirurgia segura, lavagens das mãos, prevenção de quedas, úlceras por pressão (WACHTER, 2010).

Dessa maneira, vislumbra-se que a segurança do paciente é um tema enigmático de relevância crescente em todo o mundo. Nos últimos anos, tem-se assistido o absoluto avanço de política e estratégia globais em países com diferentes níveis de desenvolvimento. Integra-se nesses avanços o Brasil, exemplos disso, temos a Portaria nº529/2013, que instituiu a política nacional de segurança do paciente e a RDC 36/2013. Com isso, verifica-se que a segurança do paciente tem fundamento legal e ético (WHO, 2009).

Dessa forma a segurança do paciente é uma temática transversal que abrange tanto questões técnicas, científicas, éticas e normativas quanto ações de órgãos internacionais e também órgão públicos fiscalizadores e reguladores. O avanço nas pesquisas de cuidado à saúde contribui para a melhoria da assistência prestada e efetividade do sistema de saúde. No entanto, mesmo com os avanços, as pessoas ainda estão expostas a diversos riscos quando submetidas aos cuidados, particularmente em ambientes hospitalares (ARAÚJO, 2009).

O paciente é vítima de algum tipo de erro ou evento, que na maioria das circunstâncias são passíveis de medidas de prevenção. Dentro dessa perspectiva, pode-se dizer que a ocorrência de eventos iatrogênicos no decorrer da assistência ao paciente, transgride importante princípio, podendo, inclusive, colocar em risco a vida do cliente/paciente.

Para compreender a redução de erros e eventos adversos em Instituições de saúde é fundamental, quantificar indicadores apropriados na enfermagem para avaliar a qualidade dos serviços, exigidos pela Comissão de Acreditação, e também pelo público que está à frente aos serviços de saúde que lhe são oferecidos, além da adoção de estratégias para prevenir certos eventos são fundamentais.

Dessa maneira, a identificação, análise e gerenciamento de riscos, relacionados aos incidentes de segurança do paciente, são necessários para alcançar cuidado mais seguro e minimizar os danos. Dessa forma, garantir a segurança de todos que utilizam os serviços de saúde é um dos mais importantes desafios que o cuidado em saúde enfrenta, atualmente (ARAÚJO, 2009).

Para isso, os mais de 13 milhões de profissionais de enfermagem do mundo devem ter a segurança do paciente como fundamento de sua prática, mas poucos são os que trabalham em condições apropriadas que lhes permitam desenvolver os cuidados de enfermagem que aprenderam ou idealizaram para seus pacientes e familiares. Portanto, fica claro que as ações dos enfermeiros podem contribuir para prevenir e evitar erros (WHO, 2008).

Assim, uma análise sobre a temática de segurança do paciente numa visão mais abrangente se torna essencial para entender não só aspecto prático, mas o histórico e normativo, mostrando como surge a preocupação com a segurança e o bem-estar do paciente, bem como as principais estratégias que os centros de saúde devem ter com o paciente, além da influência do enfermeiro, profissional que atua de forma direta para a busca da segurança do paciente.

2. Objetivo geral

Analisar os aspectos fundamentais de segurança do paciente no contexto histórico e normativo no Brasil, apresentando as principais estratégias e o papel do enfermeiro.

2.1 Objetivos específicos

- Descrever os antecedentes históricos de segurança do paciente;
- Analisar o arcabouço normativo de segurança do paciente com ênfase na RDC 36 /2013 e a Portaria 529/2013;
- Analisar as principais estratégias para a segurança do paciente;
- Demonstrar a importância da atuação do enfermeiro e as boas práticas de enfermagem na segurança do paciente.

3. METODOLOGIA

Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura especializada, o qual também pode ser classificado quanto aos procedimentos técnicos como uma pesquisa bibliográfica, pois é aquela elaborada a partir de material já publicado, mormente em livros, artigos de periódicos e até mesmo na Internet e documental, a qual é feita a partir de documentos que não sofreram uma análise crítica de especialista ou não foram publicados em revistas científicas (GIL, 2010).

Para Cooper (1989), esse tipo de pesquisa (revisão da literatura) se caracteriza por ser um método que agrega os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre a mesma temática, objetivando, com isso, sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico.

A presente revisão foi realizada entre agosto a novembro de 2015, em que se realizou uma consulta a livros e periódicos e por artigos científicos, os quais foram selecionados através de busca no banco de dados do Scielo, periódicos CAPES e da bireme, a partir das fontes Medline que é a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América e Lilacs a qual é o mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe.

Além disso, para fazer a análise normativa, utilizou-se da Resolução da Diretoria Colegiada de número 36, a RDC 36/2013 e a o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria Nº 529/2013).

Para realização da busca nos bancos de dados, foi utilizando terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido a partir do Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine, que permite o uso da terminologia comum em português, inglês e espanhol. Com isso, otimizou-se a pesquisa de artigos relacionadas a segurança do paciente. As palavras-chave utilizadas na busca foram segurança do paciente, enfermeiro, estratégias de segurança do paciente e antecedentes históricos. Todos relacionados com o grande tema, segurança do paciente.

Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram a segurança do paciente, estratégias para a segurança do paciente e estudos comparativos entre esta e outras modalidades de tratamento. Foram excluídos outros estudos que não tinham como foco a segurança do paciente e fontes duvidosas. Logo em seguida,

buscou-se estudar e compreender os principais fatos históricos, a RDC/36 de 2013 e a portaria nº529/2013, além das estratégias que são mais utilizadas para salvaguarda os pacientes. Após isso, iniciou-se a redação da presente revisão de literatura.

Justifica-se a escolha da revisão da literatura, como método de elaboração desta pesquisa, através de sua definição como sendo uma aplicação de estratégias científicas que limitam o viés da seleção de artigos, onde se avalia criticamente os artigos e se sintetizam todos os estudos relevante em um tópico ou temática específica (PERISSÉ, 2001).

De acordo com Mancini (2007) a importância desse tipo de estudo é que se pode criar uma forte base de conhecimentos, capaz de guiar a prática profissional e identificar a necessidade de novas pesquisas. Ademais, Hek (2000), explana que as revisões da literatura se constituem em um método moderno para a avaliação simultânea de um conjunto de dados.

4. Revisão da literatura

A presente revisão esta dividida em quatro grandes tópicos. O primeiro trata dos antecedentes históricos e a sua evolução no Mundo e no Brasil, mostrando como em épocas tão distintas a preocupação com a segurança do paciente já era discutida.

O segundo tópico trata de aspectos normativos e legislação como RDC Nº 36/2013 e da Portaria Nº529/2013 que são as duas normais mais relevantes na temática sobre segurança do paciente. O terceiro tópico trata sobre as dez principais estratégias para a segurança do paciente, demonstrando, assim, a relevância de cada estratégia. Por fim, o quarto tópico é exposto o papel fundamental do enfermeiro, como profissional protagonista e as boas praticas de enfermagem para se alcançar uma segurança do paciente de forma efetiva.

4.1 Antecedentes de segurança do paciente no Mundo e no Brasil

O primeiro relato sobre um contexto versando em relação à saúde ou a preocupação com a segurança do paciente e o seu bem-estar foi encontrado no quarto século antes de Cristo, em que Hipócrates, respeitado como o pai da medicina, expôs o postulado *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause o dano. Naquele período vivia-se um contexto de saúde primitiva que, se comparado com o elevado nível da saúde atual, esse postulado pode ser julgado como um pensamento a frente para sua época.

Para Wachter (2010), o postulado de Hipócrates vislumbra que os atos assistenciais são passíveis de equívoco e a segurança do paciente já era vista como prioridade. Neste sentido, outros personagens contribuíram ao longo da historia com avanços e melhorias da qualidade em saúde, como, por exemplo, Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, Archibald Lemman Cochrane, entre outros.

Através desses pensadores foi possível conhecer a importância da transmissão da infecção pelas mãos, da organização do cuidado, da criação de padrões de qualidade em saúde, da avaliação dos estabelecimentos de Saúde, da variabilidade clínica e da medicina baseada em evidência Wachter (2010).

Antigamente o erro não era permitido, mesmo não havendo conhecimento ou assistência especializada para o cuidado e a segurança do paciente. Neste sentido, não era permissivo errar. Entretanto, ao passo que foi surgindo novos

avanços no conhecimento na área da saúde e conseqüentemente a tecnologia foi progredindo, o nível de complexidade assistencial aumentou e a probabilidade de ocorrer de maneira inesperada erros também. Paralelamente a isso, a conduta punitiva era cada vez mais adotada, sendo o responsável muitas vezes identificado e responsabilizado pela conduta incorreta no cuidado com o paciente.

Um dos grandes marcos na segurança do paciente foi a publicação do livro *Notes on Hospitals* de Florence Nightingale, em 1863. Neste livro o referido autora explana que: “Pode parecer estranho enunciar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes”.

Florence Nightingale, era dotada de um vasto conhecimento em ciências, matemática, literatura, artes, filosofia, história, política e economia, e possuía uma mente avançada para sua época, verificou que existiam falhas nas condutas profissionais as quais eram um sério problema e alerta para a realidade Wachter (2010). Segundo George (2000) a autora classificava como primordial a segurança dos doentes devido às conseqüências observadas.

Após toda a contribuição de Nightingale, surge Ernest Codman, um cirurgião de Boston, que estudou os desenlaces de pacientes, incluindo falhas no tratamento. Neste sentido, após a criação da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), em 1918 pelo Colégio Americano de Cirurgiões, a partir disso surge o primeiro trabalho intitulado de *Diseases of Medical Progress*, onde Codman mostrou a prevalência e evitabilidade de doenças iatrogênicas.

As doenças iatrogênicas são concebidas como “o resultado de um procedimento ou uma ocorrência prejudicial que não foi uma conseqüência natural da doença do paciente”, Wachter (2010). Dessa forma, segundo Kohn (2000) Em um estudo intitulado *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, encontrou que 36 % de 815 pacientes de um hospital universitário sofriam desse dano e a frequência de lesão iatrogênica de qualquer espécie devido a um erro de medicação foi de 3.1%. Araújo (2009) expõe que, as iatrogenias mais frequentes nas primeiras 24h após administração de medicamentos inclui: “lesões locais, alterações respiratórias, cardiovasculares, renais, dor e até mesmo parada respiratória.

Após os estudos de Ernest Codman, aproximadamente 60 anos se passaram, poucos estudos foram publicados evidenciando a presença de doenças iatrogênicas dentro das instituições de saúde decorrentes de más práticas profissionais, suas conseqüências e a gravidade do problema.

Na década de 90, James Reason, psicólogo britânico, publica *Human Error*, o primeiro da série de relatos sobre a segurança do paciente, em que mostra que a abordagem individualizada do problema é obsoleta, propondo, dessa forma, a quebra deste modelo. Reason mostrou que um erro é fruto da falha de sistema e por isso deve ser abordado de forma holística, Wachter (2010).

Ainda de acordo com as ideias de Reason a incapacidade de uma ação planejada para ser concluída ou entendida (erro de execução) ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (erro de planejamento) são as principais causas de erros no atendimento do paciente (Reason, 1990).

Dessa forma, através de incontáveis observações de acidentes, Reason, propôs o Modelo do Queijo Suíço, em que um erro ativo (na ponta) é o resultado de uma sequência alinhada de erros latentes (no processo), sendo esses os orifícios do queijo. Ele trouxe a urgência de tentar corrigir ou pelo menos amenizar esses “buracos” e criar formas para corrigir esses problemas. Dessa forma, vislumbra-se que é preciso não ceder ao desejo veemente de concentrar a atenção na ponta e convergir às causas-raiz, Wachter (2010).

Kohn (2000), coloca que as contribuições do estudo de Reason só se tornaram notórias em 1999 com o relatório do Institute of Medicine (IOM) intitulado: *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), esse relatório foi de grande importância para o início de um movimento mundial de segurança do paciente.

Com isso, a partir da divulgação desse relatório, o tema segurança do paciente ganhou relevância. Ele se baseou em avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões pretéritas de prontuários dos pacientes, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado (BRENNAN et al., 1991 e GAWANDE et al., 1999).

Nessas pesquisas, o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que é a doença que apareceu primeiro e que originou a síndrome, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta (WACHTER, 2010)..

Além disso, o relatório do Institute of Medicine (IOM) apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade

maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos (KOHN, 2000). Se for realizada uma estimativa ao redor do mundo, certamente, esses dados iriam crescer exponencialmente. É de fato um problema de saúde pública com discussão inadiável, pois possuem uma elevada magnitude e transcendência Wachter (2010).

Paralelamente a isso, a ocorrência de EAs representava também um grave prejuízo financeiro. No Reino Unido e na Irlanda do Norte, o prolongamento do tempo de permanência no hospital devido aos EAs custou cerca de 2 bilhões de libras ao ano, e o gasto do Sistema Nacional de Saúde com questões litigiosas associadas a EAs foi de 400 milhões de libras ao ano. Nos EUA, os gastos anuais decorrentes de EAs foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais (KOHN, 2000).

Corroborando com o período supracitado, inúmero estudos realizados em outros países como Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia, Dinamarca, França, Portugal e Brasil, que utilizaram o mesmo método do estudo de Harvard, confirmaram uma alta incidência de EAs. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis (DE VRIES et al., 2008)

Com a explicitação do problema envolvendo os eventos adversos (EAs), no final do século passado, Avedis Donabedian estabeleceu sete atributos dos cuidados de saúde que definem a sua qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses atributos ajudaram a compreender melhor o conceito de qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1990).

Porém, percebe-se numa primeira leitura que a segurança do paciente não é abordada nesses sete atributos. Dessa forma, no início deste século, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) passou a incorporar “segurança do paciente” como um dos seis atributos da qualidade, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade (Quadro 1). Dessa maneira CHASSIN e GALVIN (1998) definem a qualidade do cuidado como:

“o grau com que os serviços de saúde, voltados para cuidar de pacientes individuais ou de populações, aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”.

Quadro 1 – As definições dos atributos da qualidade

Atributos Definição	Definição
Segurança do paciente	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: CHASSIN e GALVIN, (1998)

Através do exposto acima, vislumbra-se que a definição de segurança do paciente do Instituto de Medicina. Não difere muito da definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada pela Portaria MS/GM nº 529/2013, a qual enfatiza que: reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

No Brasil, apenas no início do século XXI é que pesquisas na área de segurança do paciente surgiram, influenciados, principalmente pelo cenário mundial em que a temática estava sendo amplamente discutida, mormente devido os processos hospitalares não se encontravam organizados e adequados para garantir uma assistência segura e associado aos pacientes com isso surgiu certificações das

instituições de saúde com métodos de avaliação de caráter não-obrigatório e renovável sob a forma de acreditação CHASSIN e GALVIN, (1998).

Dessa maneira, no Brasil, pelo controle e cuidados com as infecções associada ao cuidado em saúde e pelos serviços de anestesia, os órgãos e os serviços responsáveis por transfusões de sangue podem ser considerados precursores das medidas associadas a área de segurança do paciente. Estes órgãos adotam medidas para garantir a segurança dos processos de cuidado, com bons resultados. Porém, infelizmente, muitas dessas medidas ainda são pouco valorizadas por gestores e profissionais da Saúde (SPENCER e WALSH, 2009).

Neste contexto histórico sobre segurança do paciente é importante ressaltar que, no Brasil, alguns fatores contribuíram para a aumentar a importância desse tema. Nesta perspectiva, pode-se destacar a contribuição da avaliação externa para a segurança do paciente, o licenciamento de estabelecimentos de Saúde e a inspeção deles os quais são importantes estratégias de melhoria da qualidade de estabelecimentos na área da saúde como hospitais, clínicas, postos de urgência e emergência e etc. (SPENCER e WALSH, 2005).

Outro ponto importante foi o papel da vigilância sanitária que deve ser entendida como a tecnologia relevante na verificação das condições de funcionamento dos estabelecimentos de Saúde e sobre os produtos, medicamentos e outros insumos utilizados no cuidado à saúde, à medida que esses estão disponíveis para o uso nos pacientes.

Dessa maneira, as ações da vigilância possibilitam a verificação *in loco* da situação e a identificação de fontes potenciais de danos, além de constituir uma prática de observação sistemática, orientada por conhecimentos técnico-científicos, destinada a examinar a conformidade com padrões e os requisitos que visam à proteção da saúde individual e coletiva (LEITE, 2007). Portanto, as desconformidades encontradas na inspeção ajudam no planejamento dos estabelecimentos de Saúde e constituem uma oportunidade para a implementação de medidas de melhoria da qualidade e da segurança do paciente. Entre essas medidas, coloca-se a adoção da rotina de realização de auditorias internas periódicas (ANVISA, 2013).

No Brasil, estudos que surgiram desde 1999 e que tiveram como objetivo a segurança do paciente ou os processos assistenciais, que podem ser tanto os direto quanto os indiretamente, exprimem como concordância geral a urgência de

modificações principalmente de pensamentos e atitudes por parte dos envolvidos, desde profissionais de saúde até o Estado, no que diz respeito a abordagem sistêmica dos eventos contrários, pois apresentam a finalidade de tornar o ambiente de trabalho seguro onde não há falta de recursos humanos e estruturais e uma cultura alicerçada nos princípios da educação (BUENO e Fassarella, 2012).

A partir da análise dos antecedentes histórico no que tange a segurança do paciente, corrobora-se com Bueno e Fassarella (2012) que explanam o seguinte:

(...) desde a época de Hipócrates, já ocorria, ainda que incipiente, uma preocupação das pessoas envolvidas no processo assistencial com respeito aos cuidados seguros. Todavia a falta de pesquisas e reflexões no assunto, não permitiu evidenciar estes processos falidos e suas consequências devastadoras e nefastas, por vezes irreversíveis e que há muito tempo a abordagem com visão individual encontra-se obsoleta clamando por mudanças.

Dessa forma, a importância de autores e fatos históricos para o aumento da percepção e preocupação com a segurança do paciente em todo o mundo foi fundamental para que atualmente tenhamos uma saúde mais humanizada e com uma diminuição significativa dos óbitos ocasionados por eventos adversos.

4.2 Análise da Resolução da Diretoria Colegiada N°36 de 2013 e a portaria-529/2013 que institui a política nacional de segurança do paciente.

A complexidade que o cuidado de saúde ao paciente atingiu não deixa mais espaço para uma gestão de Saúde não profissionalizada e que não tenha um aparato normativo forte e abrangente. A descontinuidade entre os estabelecimentos de Saúde inadequadamente geridos e a necessidade de lidar profissionalmente com organizações que operam em condições de alto risco tendem a provocar crises cada vez mais frequentes (BRASIL, 2013).

Com isso, vislumbra-se que há uma grande necessidade de normas, resoluções e planos que tratem do tema segurança do paciente que é tão importante na área da saúde. Nesta perspectiva, existem, Atualmente, dois documentos que versam sobre a temática de segurança do paciente em âmbito nacional e que são relevantes para o contexto de segurança do paciente. Porém, é importante destacar que há outras normas de cunho estadual e municipal que tratam desse tema.

O primeiro documento é a Resolução da Diretoria Colegiada de número 36,

a RDC 36/2013, que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Essa resolução foi publicada pela Anvisa (agência nacional de vigilância sanitária).

O Segundo é o Programa Nacional de Segurança do Paciente que tem como objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a Assembleia Mundial da Saúde (BRASIL, 2013).

A RDC 36/2013 se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Porém, excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

Percebe-se que a partir do exposto acima que a resolução não é tão abrangente, deixando de lado pequenos núcleos de saúde que não realizam procedimentos complexos como cirurgias.

É importante destacar que como toda resolução a RDC 36 apresenta um caráter explicativo. Dessa maneira o Quadro 2 apresenta as principais definições sobre a segurança do paciente que são úteis e importantes para a melhor aplicação da RDC 36.

Quadro 2. Termos e definições adotadas pela RDC 36

Termos	Definições
Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde:	Componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;
Cultura da segurança:	Conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;
Evento adverso	Incidente que resulta em dano à saúde;

Gestão de risco:	Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;
Incidente:	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;
Núcleo de segurança do paciente (NSP):	Instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;
Serviço de saúde:	Estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;
Tecnologias em saúde:	Conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Fonte: BRASIL, 2013.

Dentre as definições abordadas pela RDC 36, colocam-se as mais relevantes e que não foram expostas no quadro supracitado, quais sejam: Dano, Garantia da qualidade, Plano de segurança do paciente em serviços de saúde e Segurança do paciente.

A primeira definição importante é o Dano que nada mais é que o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. Esse aspecto é o que não se quer no cuidado do paciente, ou seja, a segurança do paciente busca minimizar ao máximo que ocorra dano. Porém, há uma inevitabilidade que o dano ocorra.

A segunda definição que se enfatiza é a garantia da qualidade que é

definida como a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem. Essa definição se mostra essencial numa visão macro, mas principalmente na área da saúde, em que o cuidado ou a garantia dele é fundamental para um sistema de saúde efetivo.

O Plano de segurança do paciente em serviços de saúde é a terceira definição relevante da Resolução. Nesta definição é colocado que o documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde. Neste sentido os sujeitos que a resolução abrange devem elaborar planos que visem ao cumprimento dos preceitos da segurança do paciente.

Por fim, a definição da Segurança do paciente, que é o foco da resolução. Nesta definição é exposto que a segurança do paciente deve reduzir, a um mínimo aceitável, os riscos de dano desnecessário associado à atenção à saúde. Dessa forma, fica claro o teor da temática que envolve a segurança do paciente em colocá-lo como sujeito que necessita de cuidados para que não sofra danos no estabelecimento de saúde onde está sendo cuidado.

A resolução 36 ainda estabeleceu que a partir de sua publicação, os serviços de saúde deverão estruturar em um prazo de 120 dias o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Esses núcleos iram desenvolver um Plano de Segurança do Paciente (PSP), tendo como princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Dessa forma, o Plano de segurança do paciente deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco para a identificação do paciente, a higiene das mãos, a segurança cirúrgica, os cuidados com a prescrição, o uso e a administração de medicamentos, entre outros.

Essas estratégias e ações de gestão de risco devem, por exemplo, identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; implementação de protocolos

estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Na referida resolução são apontadas inúmeras estratégias todas com o objetivo de assegurar a saúde do paciente.

Outro ponto importante a se analisar nesta resolução é o monitoramento dos incidentes e eventos adversos, os quais serão realizados pelo Núcleo de Segurança do Paciente – NSP. Além disso, será de responsabilidade do Núcleo (NSP) realizar a notificação dos eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em um prazo de quinze dias após a ocorrência, com exceção para os casos que resultar em morte, os quais deverão ser notificados em até 72 horas.

Os eventos que se enquadram como eventos adversos decorrentes da prestação de serviços de saúde são quedas de pacientes, infecções hospitalares e o agravamento da situação de saúde por falhas ocorridas durante cirurgias entre outras. Ademais, é competência da ANVISA, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária monitorar esses eventos adversos.

A ANVISA ainda disponibilizara ferramentas eletrônicas que auxiliaram o registro destas notificações. A RDC estabelece que as notificações serão iniciadas em 150 dias, contados a partir da publicação da resolução. A RDC 36/ 2013 integra o elenco de medidas do Programa Nacional de Segurança do Paciente lançado pelo Ministério da Saúde e pela ANVISA em abril. Dessa forma, o tema Segurança do Paciente vem sendo desenvolvido sistematicamente pela Agência nacional de vigilância sanitária desde 2005. Isso enfatiza a importância do tema segurança do paciente pelos órgãos públicos.

Por fim, vislumbra-se que, de acordo com a RDC 36, o descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

A portaria nº 529 que institui a política nacional de segurança do paciente pode ser considerada um marco para a saúde no Brasil. Ela é fruto do art. 15, inciso XI, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre a atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de exercer, em seu âmbito administrativo, a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde,

em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a Assembleia Mundial da Saúde (MS, 2013).

Dessa maneira, a Política Nacional de Segurança do Paciente não pode e não deve ser vista como a única medida capaz de mudar o quadro de problemas envolvendo a segurança do paciente. Dessa forma, as ações da PNSP devem se articuladas aos esforços de políticas de Saúde que objetivam desenvolver: linhas de cuidado em redes de atenção; ações organizadas conforme contratos por região; reorientação do sistema, a partir da atenção básica; ações reguladas e melhoria do financiamento da saúde.

O PNSP tem inúmeros problemas, porém um de seus pontos positivos é que ele tem a função impulsionadora das demais políticas, considerando sua potencialidade de promover o protagonismo dos profissionais e das equipes nos processos de qualificação do cuidado.

A Política Nacional de Segurança do Paciente apresenta como principais objetivos: a promoção do apoio 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; o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; e fomento da inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Em paralelo, algumas premissas devem ser observadas para que o PNSP alcance o sucesso desejado. Dentre elas: o comprometimento dos dirigentes e gestores do SUS; governança plural, ampla com participação dos atores com acúmulos, aportes e responsabilidades com a qualidade e segurança do cuidado; coordenação gestora e executiva do programa, com disponibilidade, apoiada por uma estrutura, cujos recursos sejam compatíveis com a dimensão e a complexidade da implementação de um programa dessa envergadura e a ação de comunicação social ampla para que a busca pela segurança do paciente passe a ser de domínio público.

No Artigo 5º da Política Nacional de Segurança do Paciente é elencados as principais estratégias de implementação do PNSP. Essas estratégias visam à melhor aplicação da política. Dentre elas, podem-se destacar as seguintes: elaboração e

apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente; promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente; inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente.

No Artigo 6º da PNSP é instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Neste sentido, compete a esse comitê: propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como: infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados.

A Política Nacional de Segurança do Paciente conta com a contribuição de vários programas e políticas do Ministério da Saúde, além da parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Merecem destaque: o conjunto de iniciativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em especial o programa hospital sentinela; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS); a parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e as entidades de Saúde detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas-Saúde).

4.3 Análise das estratégias para segurança do paciente

Estratégia é uma palavra com origem no termo grego *strategia*, que significa plano, método, manobras ou estratagemas usados para alcançar um objetivo ou resultado específico. Neste sentido, pode-se entender estratégias para segurança do paciente como métodos voltados para minimizar os riscos eventuais que os paciente podem está expostos, ou seja, são planos para redução do risco de danos desnecessários associados à atenção à saúde, até um mínimo aceitável (WHO, 2009).

A segurança é um princípio básico na atenção à saúde, e um requisito para

a qualidade do cuidado(WHO, 2002). Esse cuidado pode resultar 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. Dessa maneira, verifica-se que a preocupação com a segurança já se mostra implícita no modelo brasileiro de atenção à saúde, que é “pautado na defesa da vida” (RUNCIMAN, et al., 2009 e BRASIL, 2010).

Dessa forma, as estratégias mais importantes que serão expostas neste tópico são: 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 e Utilização Segura de Equipamentos. Estas estratégias foram embasadas no manual de segurança do paciente, além de outras matérias que versam sobre essa temática.

4.3.1 higienização das mãos

A higienização das mãos é, com certeza, uma das práticas de maior relevância no cuidado à saúde das pessoas. Inúmeros estudos realizados em todo o mundo têm mostrado a associação das infecções adquiridas no ambiente hospitalar à prática inadequada de higienização das mãos. Dessa forma, é estimado que aproximadamente 1,7 milhão de infecções esteja associado ao cuidado em saúde e, deste, 100.000 mortes associadas a infecções (KLEVENS, et al., 2002).

Para Haas e Larson, (2008), a prática da higiene das mãos é considerada repetitiva e maçante, porém simples. Há uma falsa impressão dos profissionais de saúde entre a falta de higiene das mãos com infecções adquiridas pelos pacientes nos hospitais. Devido essa falta de conhecimento sobre o perigo da falta de higiene das mãos, inúmeros problemas como eventos adversos são relatados em hospitais em todo mundo. Essa problemática é intensificada com o acesso a materiais e equipamentos, tempo insuficiente, irritação da pele, ignorância sobre o problema, entre outras.

Diante disso, a ANVISA - Agência nacional de vigilância sanitária adotou as recomendações da OMS quanto aos cinco momentos para a higienização das mãos, quais sejam: (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.

Dessa forma, verifica-se que a higienização das mãos é uma prática simples, porém essencial para a não proliferação de agentes que possam causar algum dano ao paciente. Com isso, essa prática deve ser semeada a todos que trabalham na área da saúde e não apenas aos enfermeiros.

4.3.2 identificação do paciente

A prática da identificação correta do paciente é uma forma de assegurar a qualidade e segurança do cuidado no serviço de saúde, que se mostram indispensáveis. Essa identificação auxilia no atendimento do paciente, pois, inúmeros processos ocorrem desde a entrada do paciente até o diagnóstico e tratamento das enfermidades. Essas etapas são realizadas por diferentes profissionais, que, caso o paciente não esteja identificado corretamente, iram sentir dificuldades para cuidar do mesmo (WHO, 2007).

A atenção à saúde é complexa e exige dos profissionais e dos serviços de saúde o estabelecimento de práticas seguras de identificação do paciente. Pois, se ocorrerem falhas no atendimento em virtude de ausência ou duplicidade de informações, ou mesmo de imprecisões nos dados de cadastro do paciente o tratamento deste se torna dificultoso (KOPPEL, et al., 2008).

Para a maximização da identificação do paciente diversos meios podem ser usados, porém sempre é necessário considerar que falhas podem ocorrer, por isso minimizá-las é fundamental para a efetividade do cuidado e da segurança do paciente. Com isso, vislumbra-se que 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 saúde (WHO, 2007).

Com isso, tem-se que 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 contato (KOPPEL, et al., 2008).

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.

4.3.3 comunicação efetiva

A comunicação é uma forma de auxiliar na prática da segurança do paciente. Ela permeia todas as atividades que integram a assistência ao paciente. Assim, quanto mais a complexidade do serviço, maior a necessidade de informações técnicas, especializadas e precisas (JCR, 2008). Nesta perspectiva, o hospital, por exemplo, é considerado uma organização de alta complexidade devido ao grande fluxo de informações que transpõem as diferentes áreas da organização.

Dessa maneira, “O termo comunicação, em sua acepção mais fundamental, refere-se ao processo de compartilhar um mesmo objeto de consciência” (MARTINO, 2011), pressupõe relação de troca. Por outro lado, a informação pode ser considerada uma parte desse processo. Assim, pode-se dizer que a informação é uma comunicação em potencial.

Ela pode ser codificada e depois reconvertida num segundo momento (decodificada), além da possibilidade de estocá-la e armazená-la, e também pode ser. Assim, Há uma impossibilidade de existir comunicação sem informação (MARTINO, 2011). A comunicação que é realizada no âmbito hospitalar é puramente técnica.

Porém, muito se preocupa com a chamada comunicação ineficaz que está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde (TJC, 2012). Dessa forma, dois fatores contribuem para a ocorrência de eventos adversos e que podem resultar em insatisfação no tratamento do paciente, são eles as Interrupções na comunicação ou a falta de trabalho em equipe. Entre as consequências das falhas na comunicação encontram-se o dano ao paciente, aumento do tempo de hospitalização e principalmente o uso ineficaz de recursos (OLUBORODE, 2012).

Dessa forma, uma comunicação consistente e clara entre os profissionais da área da saúde é um requisito essencial para a continuidade do cuidado e a

segurança do paciente (WHO, 2007 e ICN, 2012). Assim corroboramos com WHO (2007) que explana o seguinte:

“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 cuidado”.

4.3.4 Prevenção de queda

Um dos principais problemas causados pela falta da prestação efetiva dos cuidados com o paciente é a queda. Neste sentido, 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” (SBGG, 2008 e. AGS e BGS, 2010).

É possível salientar inúmeros fatores que estão associados com um risco aumentado de quedas. Com isso, há a necessidade de avaliação multifatorial do risco de queda, que consiste na identificação de fatores predisponentes da pessoa (intrínsecos) e do ambiente (extrínsecos) (SBGG, 2008).

Denota-se que as quedas estão entre as principais causas de incapacidades e dependência em pessoas acima de 60 anos (BLYTH, et al., 2007). Neste sentido, a queda pode acarretar inúmeras consequências como o aumento do tempo de internação e do custo do tratamento, além de causar desconforto ao paciente (DICCINI, et al., 2008). Dessa forma, verifica-se que 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.

4.3.5 Prevenção de úlcera por pressão

Um dos principais eventos adversos encontrados em serviços e instituições de atenção à saúde são as úlceras por pressão (UPs). Esses eventos adversos, para os pacientes, trazem dor e sofrimento e podem contribuir, em associação com outras causas, para a morte. É uma problemática também para os hospitais, pois implicam num aumento de custos e do tempo de internação.

As úlceras por pressão (UPs) são um problema tão serio que 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. Neste sentido, 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. As causas da UP costumam ser multifatoriais, necessitando, portanto, de condutas de prevenção multiprofissionais.

Para prevenir as UPs algumas recomendações simples podem ser tomadas como o desenvolvimento, implementação e monitoramento de protocolos institucional de avaliação de risco, prevenção e tratamento de UP e o Estabelecimento da 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.

4.3.6 Administração segura de medicamentos

Os medicamentos são utilizados extensivamente e podem ajudar no tratamento e na prevenção de doenças, no manejo de sinais e sintomas, auxílio no diagnóstico e principalmente para o alívio da dor e do sofrimento das pessoas (ANVISA, 2013). Os medicamentos devem ser usados de forma segura, eficaz e ética. Para isso, exige-se conhecimento, habilidades e julgamento dos profissionais da saúde, bem como estruturas e sistemas adequados dos ambientes de cuidado (CA, 2008).

Dessa maneira, os pacientes e os acompanhantes apresentam um papel fundamental no uso seguro de medicamentos. O envolvimento e a participação ativa no cuidado implicam o esclarecimento de suas dúvidas e preocupações (ENTWISTLE, et al., 2005), assim, eles devem indagar sobre a utilização de determinado medicamento e o porquê⁶. Compreende, ainda, o paciente e o acompanhante a prestação de informações apropriadas como o de alergias a determinada substância e utilizar o medicamento conforme a prescrição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dessa forma, vislumbra-se que os erros associados ao uso terapêutico de medicamentos são classificados como erros de prescrição, dispensação e administração⁸. Em instituições hospitalares, a ocorrência de erros é frequente, especialmente aqueles relacionados à prescrição e administração de medicamentos⁹. Isso pode ser explicado pelo desconhecimento do profissional da saúde sobre a ação de determinado medicamento ou substância (ENTWISTLE, et al., 2005).

Nesta perspectiva, deve ser dada atenção especial aos medicamentos potencialmente perigosos, os quais podem ser denominados de medicamentos de alta vigilância ou medicamentos de alto risco. Esses medicamentos são designados como potencialmente perigosos e são definidos como “aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização” (ISMP, 2013).

4.3.7 Uso seguro de dispositivos intravenosos

Uma das formas mais comuns de administração de medicamentos é pela via intravenosa, assim, soluções, suporte nutricional parenteral, sangue e hemocomponentes constitui um importante recurso no cuidado à saúde. A administração de medicamentos pela via intravenosa é uma prática que predomina em hospitais, mas também pode ser requisitada em ambulatórios, clínicas, nas unidades básicas de saúde e nos próprios domicílios.

Dessa forma, com o avanço das tecnologias na área da saúde, 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, os dispositivos intravenosos devem ser manuseados de forma rigorosamente para evitar contaminação direta ou indireta do paciente por microrganismos e infecção, que é uma das principais e mais graves complicações do uso de dispositivos intravenosos (O'GRADY, et al., 2011). Dessa forma, As principais complicações que a falta de cuidado com o manuseio dos dispositivos intravenosos são infiltração (substâncias não vesicantes) e extravasamento (substâncias irritantes e vesicantes), flebite, trombose, oclusão do cateter e hematoma (PHILLIPS, 2011).

Paralelamente a isso, podem ocorrer complicações sistêmicas que incluem embolia gasosa ou por fragmentos do cateter e, particularmente no caso de cateteres centrais, a infecção (O'GRADY, et al., 2011). Outro problema muito comum é a infecção através dos cateteres de bactérias e fungos que podem levar a serias

complicações ao paciente e até mesmo a óbito.

Neste contexto, reconhece-se que 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 paciente (SILVA, et al., 2013).

4.3.8 Procedimentos cirúrgicos seguros

No mundo, estima-se que mais de 234 milhões de grandes cirurgias sejam realizadas anualmente, isso evidencia a relevância da segurança do cuidado cirúrgico para a saúde pública (WEISER, et al., 2008). Dessa forma, um 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 erro (KOHN, et al., 2000).

Essa problemática envolvendo erros nos procedimentos cirúrgicos levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a lançar, em 2008, a campanha Cirurgia Segura Salva Vidas. Essa campanha enfatiza que a segurança não se restringe ao ato cirúrgico, mais sim em todo o procedimento pré e pós operatório. Dessa forma, a segurança compreende uma rotina de eventos em sequência: avaliação pré-operatória dos pacientes, intervenção cirúrgica e preparo para o cuidado pós-operatório adequado (WHO, 2009).

Neste sentido, é importante ressaltar que a redução dos danos e o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos ambientes cirúrgicos são possíveis, isso é mostrado em inúmeros estudos realizados em 2009. Essas pesquisas revelaram que a utilização de listas de verificação (*checklists*) recomendadas pela OMS possibilitou uma redução de 36% das complicações e 46% da mortalidade (HAYNES, et al., 2009).

4.3.9 Administração segura de sangue e hemocomponentes

É notória a importância da transfusão de sangue e hemocomponentes, visto que é um suporte essencial a muitos tratamentos e pode salvar vidas (WHO, 2010a). 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 (RAZOUK e REICHE, 2004).

A transfusão é um recurso terapêutico valioso, mas o alto custo e o risco de

eventos adversos, como erros, reações transfusionais e transmissão de infecções, exigem que sua utilização seja criteriosa e reduzida ao mínimo. Com isso, fica claro que a adoção de estratégias é fundamental para manter a segurança do paciente (WHO, 2010b). Dentre essas estratégias se destacam a prevenção de condições que possam resultar na necessidade de transfusão e tratamento adequados e boas técnicas cirúrgicas e anestésicas.

Dessa forma, a maioria dos pacientes não apresenta reações à transfusão. Entretanto, 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 fatais (WHO, 2010b).

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 (WHO, 2010b).

4.3.10 Utilização segura de equipamentos

Os avanços da medicina nas últimas décadas proporcionaram o surgimento de equipamentos mais eficientes e seguros. Dessa forma, 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 os quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população” (BRASIL, 2005).

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.

Dessa forma, boas práticas na utilização, manuseio e manutenção de equipamentos 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, sempre há um potencial de riscos que a utilização de equipamentos no cuidado à saúde pode trazer ao paciente, profissional e ambiente.

4.4 Atuação do enfermeiro na segurança do paciente e boa prática de enfermagem.

Nas últimas décadas do século XX a preocupação com a segurança do paciente, incluindo o cuidado e a qualidade da assistência prestada. Tem tornado um dos assuntos mais prioritários no setor da saúde, alcançando uma proporção de nível mundial. Tanto pelos governos, quanto pelas instituições de saúde e principalmente pelos profissionais, sobretudo os enfermeiros (WACHTER, 2010).

Órgãos como a Organização Mundial de Saúde, ajudam a entender essa preocupação, através de alertas, indicadores e dados. Segundo a OMS milhões de pessoas no mundo sofrem lesões debilitantes e mortes decorrentes de práticas em saúde que são inseguras, sendo estimado que um em cada dez pacientes será vítima de um erro (WHO, 2009).

Do mesmo modo, nos Estados Unidos, a preocupação e o movimento em prol da segurança do paciente, tornou-se evidente, após a publicação do relatório do Institute of Medicine em 2006, que apresentou os resultados de estudos que revelaram a grave situação da assistência à saúde nesse país. Estima-se que 100 pessoas morrem diariamente devido a erros ocorridos por atos inseguros, sendo considerada a 8ª causa de morte (KOHN, 2000).

Desta forma, todo o conjunto de fatores relacionados à assistência à saúde se caracteriza como uma das mais complexas, dinâmicas e relevante atividade realizada por seres humanos. Todavia, através dos avanços técnicos científicos, com a incorporação pelo setor da saúde de modernos equipamentos, técnicas, novas drogas, procedimentos, etc. que resultaram na melhoria de aspectos importante da vida humana, especialmente quanto à qualidade de vida e longevidade (ARAÚJO, 2009).

Entretanto, tal desenvolvimento não foi acompanhado de esforços e investimentos para tornar o sistema e os processos de saúde mais seguros. Enquanto outros segmentos como: indústria, aviação, financeira e militar, receberam planejamentos, esforços e investimentos de maneira a desenvolver sistemas de prevenção de erros humanos, na área da saúde, isso não ocorreu e nem foi prioridade (WHO, 2002).

Apesar disso, mesmo que a segurança do paciente não tenha sido prioridade. As cobranças e insatisfação pela qualidade da assistência por parte dos

pacientes, familiares e até pelos próprios profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, nunca deixaram de existir. Sobretudo no setor hospitalar, do qual o tema tem gerado grandes debates e recebido inúmeras interpretações, entre elas, que segurança consiste na redução do risco e danos, associados à assistência a saúde, até um mínimo aceitável (HAYNES, et al., 2009).

O estudo de erros humanos é recente e os profissionais de saúde relacionam os mesmos com vergonha, medo e punições, além de associá-los a desatenção, desmotivação e treinamento insuficiente, portanto, quando estes ocorrem há tendência em escondê-los (WACHTER, 2010).

Como de hábito, o primeiro questionamento feito nas instituições de saúde é “quem fez?”, como se erros fossem esporádicos e relacionados à conduta duvidosa de alguns profissionais. Contudo, estudos atestam que o ambiente, a cultura, as relações e a complexidade do sistema resultam na ocorrência de inúmeros erros e eventos evitáveis, que comprometem diretamente a segurança do paciente, ocasionando mortes ou sequelas (KOHN, 2000).

Para Wachter (2010), Logo, uma das principais causas e conseqüentemente, explicação dessa incidência absurda de práticas inseguras e erros. Estar no próprio profissional de saúde, que são passíveis de falhas ou erros, algo inerente da sua própria natureza humana.

Entretanto, muitas vezes não se identifica ou não se quer identificar os erros, atos de imperícia, imprudência e negligência dos profissionais de saúde. Sobre tudo, quando os mesmos se solidarizam e mascaram situações relacionadas à segurança do paciente. Ainda que, o evento adverso apareça, a atenção será focada apenas para atinar o culpado, perdendo-se a chance de melhor conhecê-lo e tomar medidas de prevenção de novas ocorrências (KOHN, 2000).

É notório que o profissional de saúde, sofra com a consequência desse tipo de evento, quer pela sobrecarga de trabalho, pressões ou pelas sanções administrativas e de cunho legais. Uma conduta importante é o relato por parte do profissional do incidente para que providências sejam tomadas o mais rápido possível (SILVA, et al., 2013).

No que concerne ao sistema de saúde, pesquisas têm demonstrado, que o mesmo não foi planejado para promover boas práticas de enfermagem. Assim como, o processo de assistência à saúde no país, que não propicia condições adequadas, que lhes permitam desenvolver os cuidados de enfermagem centrado

na segurança, bem estar e satisfação do paciente e seus familiares (RUNCIMAN, et al., 2009).

Conseqüentemente, são poucos os enfermeiros que atuam em ambientes e condições adequadas. Muitos passam o dia de trabalho corrigindo falhas no sistema, procurando materiais, trocando equipamentos quebrados, buscando prescrições deixadas em locais errados, corrigindo falhas da farmácia, manutenção, nutrição e limpeza. Ao final do plantão, percebem que não conseguiram realizar e nem tampouco supervisionar os cuidados de enfermagem, de modo eficiente (WHO, 2008).

Porém, mesmo com todas as dificuldades e obstáculos, o profissional de enfermagem, considerando sua formação, características e objetivos. Surge, como resposta na promoção da segurança do paciente, exercendo um papel de protagonista. Principalmente no estabelecimento da comunicação entre a equipe, paciente e instituição, muitas vezes como líder e também utilizando e optando por técnicas e instrumentos para essa finalidade (RUNCIMAN, et al., 2009 e BRASIL, 2010).

Vale ressaltar, que a enfermagem é a profissão, dentre todas as da área da saúde, mais preparada em promover práticas centradas na promoção da segurança do paciente, devido a sua constância e proximidade junto ao paciente e família. Sobretudo, no que se alude ao arcabouço técnico científico de habilidades, destreza e aptidão. De modo que, no contexto mundial as centenas de milhares de profissionais de enfermagem, devem ter a segurança do paciente como principal fundamento de sua prática e atuação (BRASIL, 2010).

Uma das formas que a enfermagem possui, para promover a segurança do paciente. São através da utilização de técnicas e instrumentos como: normas, procedimentos padrão, protocolos internos e boletins de notificação. Como por exemplo, na notificação de eventos adversos, constituindo, banco de dados, sendo uma importante fonte de alerta e informação, promovendo a segurança no ambiente hospitalar e contribuindo para o gerenciamento da assistência de enfermagem (LEITE, 2007).

Denotar o enfermeiro, como agente que, supervisiona ações, normas e procedimentos relacionados à assistência e a segurança do paciente, assim como o ambiente dos serviços de saúde que possa proporcionar segurança física, além de normas, rotinas e processos de trabalho (RUNCIMAN, et al., 2009).

Outra ferramenta interessante no processo de boas praticas de enfermagem é avaliação da assistência, um instrumento de controle dos processos de trabalho na saúde. O enfermeiro como líder da equipe de saúde, arcar com responsabilidades do cuidado ao paciente, influenciando diretamente no resultado da segurança do paciente. No pressuposto, que a qualidade esperada é igual à satisfação das expectativas dos pacientes e familiares (LEITE, 2007).

Nesse sentido, a enfermagem deve ter meios e recursos que promovam de modo inovador e dinâmico a real interligação da teoria à prática, a fim de alcançar e preservar os valores essenciais da enfermagem, centrado na boas praticas de enfermagem que simboliza na arte de cuidar, na segurança do paciente e qualidade da assistência de enfermagem modo integral e individual, o que distingue a enfermagem dos outros profissionais de saúde (RADUENZ, 2010).

Outro ponto de grande relevância na qualidade da assistência prestada e também como uma importante atribuição e responsabilidade da enfermagem, estar relacionadas às boas práticas para controle e prevenção de infecção hospitalar e de sitio cirúrgico (RADUENZ, 2010).

Temos também a supervisão e avaliação pelos enfermeiros, como as voltadas para segurança física, acomodação do paciente, grades da cama e peso do paciente. Relacionadas também com a higiene e conforto do paciente, cavidade oral, cabelos, tricotomia, colchão caixa de ovo, hidratação da pele, unhas, mudança de decúbito (WHO, 2008).

Além de boas praticas relacionada: cabeceira elevada, registro de realização de curativo de cateter central, inserção do cateter central, identificação de equipos de soro, aparência dos equipos, apresentação das torneirinhas, proteção das torneirinhas com “cone luer”, fixação da punção periférica, tempo de permanência da punção, fixação do cateter vesical, bolsa coletora está abaixo do nível da bexiga, posição correta da drenagem (WHO, 2008).

E por ultimo nesse contexto, consiste no controle de protocolos, como sedação, nutrição, volume corrente do ventilador e fração inspiratória de oxigênio. Lembrando que a proteção ao paciente oferecida por meio da assistência segura é incumbência de cada profissional, sendo estimuladas também pela maior exigência da sociedade, instituições de saúde e órgãos reguladores do governo (WHO, 2008).

No ambiente hospitalares uma das principais queixas e reclamações de praticas inseguras e erros está relacionado à administração de medicamentos.

Desta forma, os erros na administração de medicamentos, representam uma das causas mais comuns e repetitivas de práticas inseguras. Tendo como consequências: prejuízos/danos desde reações adversas, lesões temporárias e permanentes até levar o paciente a evoluir a óbito, dependendo da gravidade. (WHO, 2008).

Dentre as principais causas de erros na administração de medicamentos, destacam-se: caligrafia ilegível do prescritor médico, sobrecarga de trabalho, distração do profissional em razão das intercorrências, além do cansaço e estresse dos profissionais, etc. (BRASIL, 2013).

Com a chegada de inúmeros medicamentos novos no mercado, a administração destes tornou-se, tarefa extremamente complexa, que requer profissionais cada vez mais responsáveis, com conhecimento não apenas técnico, mas multidisciplinar. (BRASIL, 2013).

O enfermeiro, por características, dispõe de competência, destreza manual e conhecimento científico, para administração de medicamentos por diferentes vias, principalmente as parenterais. O mesmo deve ter iniciativa e ser proativo para propor e planejar medidas de boas práticas na administração de medicamentos e prevenção de erros. Deve supervisionar de forma efetiva as ocorrências, preparo e a administração de medicamentos para ser realizada com precisão e índice de erro zero (RADUENZ, 2010).

O importante, é realizar os cuidados certos, no momento certo, da maneira certa, para a pessoa certa, objetivando alcançar os melhores resultados possíveis, são princípios que fundamentam a qualidade da assistência e que direcionam a prática de enfermeiros que se esmeram em prestar uma assistência ética e respeitosa, baseada nas necessidades do paciente e da família, na excelência clínica e na melhor informação científica disponível (KLEVENS, et al., 2002).

Por isso se faz necessário criar estratégias para a redução e simplificação dos processos diminuindo o número de etapas padronizando o sistema, desde a prescrição médica eletrônica; sem abreviações; com horários padronizados; distribuição de medicamentos da farmácia sempre supervisionada pelo farmacêutico (ENTWISTLE, et al., 2005).

Sendo desta maneira, tal ato inseguro, erro deve ser combatido, prevenido de maneira racional e duradoura. A conduta mais importante para a prevenção de erros na administração de medicação é a educação permanente do profissional de

enfermagem, principalmente com capacitações, treinamentos (ENTWISTLE, et al., 2005).

Apesar disso, devem existir instrumentos que fiscalizem e controlem porem principalmente que faça um olhar analítico e investigativo sobre as falhas, a fim de apontar brechas, inconformidades que precisam ser sanadas para beneficiar não só a equipe, mas principalmente as boas praticas da assistência de enfermagem e a segurança do paciente (RADUENZ, 2010).

Um fato importante, sobre a segurança do paciente refere-se na articulação entre o preparo e a capacitação do profissional de saúde na segurança do paciente. Quanto maior a capacitação do profissional de enfermagem mais produzem resultados positivos no cuidado do paciente, aumentando a satisfação e a confiança do usuário com o sistema de prestação de assistência (CASTELLANOS, 1986).

Ou seja, qualificar o profissional de enfermagem, estar diretamente proporcional na promoção de segurança do paciente, através da redução de taxas de infecção hospitalar, quedas, úlceras por compressão, erros de medicação, contribuindo com decréscimos significantes no tempo de permanência nas instituições de saúde e na redução da morbidade e mortalidade dos pacientes (BUENO e Fassarella, 2012).

Tão somente, no momento que for possível alcançar um ambiente que possua a quantidade e a qualificação adequadas dos profissionais de enfermagem, além de condições e recursos necessários. Será possível obter de maneira ampla e solidificada, a realização das práticas de enfermagem baseadas em evidências, que promovam a tão questionada e desejada, segurança do paciente (MARCK, 2005).

A boa pratica de enfermagem e qualidade da assistência vista como um objeto a ser alcançado exige um controle e avaliação do contexto das ações de enfermagem. Para analisar a assistência de um determinado segmento é preciso estabelecer parâmetros plausíveis e mensuráveis, sendo necessária a implantação e utilização de determinados indicadores de qualidade (BRASIL, 2013).

Jamais poderemos extinguir a possibilidade do erro, já que esta é uma característica imutável no ser humano, mas podemos transformar o ambiente no qual os seres humanos agem, desenhando sistemas que tornem mais fácil fazer o certo e mais difícil fazer o errado (MARCK, 2005).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com a segurança e o cuidado com o paciente remonta de séculos atrás e seu entendimento evolui desde então. No Brasil, a importância dessa temática é recente, mas vista com grande importância devido o problema de caráter geral.

É evidente que esse assunto vem tomando proporção e relevância mundial, decorrente principalmente pelos grandes números de pacientes sendo objetos de erros, por: imperícia negligência e até imprudência nos atendimentos dos serviços de saúde pelo mundo. Essa importância e problemática da segurança do paciente, estar relacionado com a complexidade da assistência em saúde, do cuidado e as necessidades dos pacientes que é algo dinâmico.

As exigências de órgão como a OMS ou agências reguladoras como a ANVISA. Sobre tudo, cobranças e exigências advindas dos pacientes, familiares e até dos próprios profissionais. Ajudam a corroborar, para uma melhor assistência voltada no cuidado e na segurança do paciente e nas boas praticas em saúde, fundamentalmente voltadas para a equipe de enfermagem. A assistência prestada deve ser algo inerente do profissional.

Com a atual preocupação com a segurança do paciente no País, normais que versam sobre esse tema são essenciais para orientar as praticas que objetivam o melhor cuidado e diminuem riscos aos pacientes. Dessa forma, a RDC 36/2013 e a Portaria 529/2013 são bons exemplos desse arcabouço normativo que embasam o tema. Elas são importantes para guiar os agentes que participam diretamente do cuidado e da segurança do paciente.

Porém, é notório que apenas essas duas normas não auxiliaram sozinhas os serviços de assistência à saúde na pratica da segurança do paciente. Dessa forma as estratégias entram como ponto fundamental a ser seguidas para a efetivação dos cuidados com o paciente. Essas estratégias para a segurança do paciente são formas simples de atenuar os problemas causados ao paciente devido à inobservância de certos preceitos.

Assim, o papel do enfermeiro entra para transformar o teórico das normas e estratégias em pratica, pois esse profissional é o que mais influencia e colabora para boas práticas de segurança do paciente devido ao seu contato direto com o mesmo.

Enfatiza-se assim, a sua importância na saúde de todas as pessoas que venham a necessitar do atendimento de saúde de forma geral.

Nesse contexto é indiscutível a atuação do profissional enfermeiro como agente que estar por tantas vezes, mais próximo do paciente e seus familiares, conhecendo suas reais necessidades, sobre tudo através das boas práticas de enfermagem caracterizada por princípios técnicos científicos, especialmente a prática da humanização.

Assim, é possível desenvolver uma assistência para alcance de resultados com qualidade no qual o paciente atinge sua necessidade esperadas e satisfação e principalmente preservando sua integridade sem risco de danos a sua segurança.

REFERÊNCIAS

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.

ARAÚJO, C.R.D de., et al. **Scientific publications about errors in medication administration in online nursing journals: a review article**. Online braz j nurs, Rio de Janeiro, v.8, n.3, 2009.

BLYTH FM, CUMMING R, MITCHELL P, WANG JJ. **Pain and falls in older people**. Eur J Pain. 2007;11(5):564-71.

BRASIL Agência nacional de vigilância sanitária. Boletins Informativo - Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, 2013.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O que devemos saber sobre medicamentos. Brasília, DF: ANVISA; 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Nº 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.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013.

BRASIL, Ministério da saúde. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. 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.

BRENNAN TA, et al. Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. *JAMA*. 1991; 265:3265-9.

BUENO, A. A. B., FASSARELIA, C. S. **Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. Revista Rede de Cuidados em Saúde, 2012.**

CASTELLANOS BEP, JOUCLAS VMG, GATTO MAF. Assistência de enfermagem no período transoperatório. *Enfoque (São Paulo)*. 1986;14(1):7-10.

CHASSIN MR, GALVIN RW. **The urgent need to improve health care quality.** Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality *JAMA*. 1998; 280(11):1000-5.

COLLEGE OF NURSES OF ONTARIO (CA). Practice standard: medication. Toronto (CA); 2008.

COOPER, H.M. **Integrating Research: a guide for literature reviews.** 2. ed. **London SAGE publication**, [s.l.], v.2, p.155, 1989.

DE VRIES EM, et al. **The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review.** *Qual Saf Health Care*. 2008; 17:216-223.

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.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality.** *Arch Pathol Lab Med*. 1990.

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.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de Pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HAAS JP, LARSON EL. Compliance with hand hygiene. *AJN*. 2008

HAYNES AB, et al. **A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population.** *N Engl J Med*. 2009;360:491-499.

HEK G. Systematically searching and reviewing literature. **Nurse researcher**. 2000.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP-Brasil). Medicamentos potencialmente perigosos. Boletim ISMP Brasil. 2013.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES-ICN. Patient safety: ICN position. Geneva: ICN; 2012.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR) (US). Temas e estratégias para liderança em enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2008.

KLEVENS RM, et al. **Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002.** Public Health Rep. 2007.

KOHN, L.T, CORRIGAN, J.M, DONALDSON, M.S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System.** Washington, D.C.: National Academy of Sciences, Institute of Medicine; 2000.

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.

LEITE, H. J. D. Vigilância sanitária em serviços de saúde: riscos e proteção à saúde em serviços de hemodiálise. [Tese] Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva; 2007.

MANCINI, M.C. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica,** 2007.

MARCK, P.B., CASSIANI, S.H.B. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. Rev . Latino-Am. Enfermagem. 2005; 13(5):750-3.

MARTINO LC. De qual comunicação estamos falando? In: Hohlfeldt A, Martino LC, França VV, organizadores. Teorias da comunicação: conceitos, escolas e tendências. 11ª ed. Porto Alegre (BR): Vozes; 2011. p.11-25.

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.

OLUBORODE O. Effective communication and teamwork in promoting patient safety. Lagos, Nigeria: Society for Quality in Health Care in Nigeria; 2012.

- PERISSÉ, A.R.S 2001. **Revisões sistemáticas e diretrizes clínicas**. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso, 2001.
- PHILLIPS LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- RAZOUK FH, REICHE EMV. Caracterização, produção e indicação clínica dos principais hemocomponentes. Rev. Bras. Hematol. Hemoter, 2004.
- REASON, J.T. **Human Error**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- RUNCIMAN, W. et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009.
- RADUENZ, A.C, et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov-dez 2010.
- 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.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (BR). Projeto diretrizes: quedas em idosos: prevenção [Internet]. São Paulo; 2008.
- SPENCER E, WALSH K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. Qual Saf Health Care. 2009; 18:(Suppl 1):i22-i27.
- SPENCER E, WALSH K. Strategies: literature and interview summary. Quality Improvement Strategies in Healthcare systems of the European Union. April, 2005.
- WACHTER, R.M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- WEISER, TG, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. Lancet. 2008 Jul 12;372(9633):139-44.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva; 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Clinical transfusion process and patient safety. Geneva, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Fifty-fifth World Health Assembly. A55/13. Quality of care: patient safety. Geneva: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-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.

World Health Organization-WHO. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO; 2009.