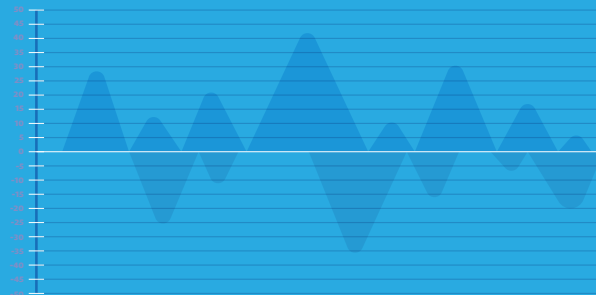


BOAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOS DIFERENTES CENÁRIOS DE SAÚDE



A1 B1 C1 D1 A2 B2 C2 D2

BRASÍLIA
2020



Boas práticas de segurança do paciente nos diferentes cenários de saúde

1ª Edição – Atualizada

ISBN 978-65-00-11921-3

Conselheiros efetivos

Marcos Wesley de Sousa Feitosa (Presidente)
Tiago Pessoa Alves (Secretário)
Maria Aparecida A. de Almeida (Tesoureira)
Antônio José Pereira dos Santos
Elias Pereira de Lacerda
José Lino de Queiroz
Leila Bernarda Donato Gottems
Ricardo Cristiano da Silva
Rinaldo de Souza Neves

Conselheiros suplentes

Ana Maria de Lima Palmeira
Cleonice Batista Rego
Diane Maria Nunes da Silva
Lindalva Matos Ribeiro Farias
Luciana Floriani Gomes
Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo
Paula Thalyta dos Santos Ramos Fragoso
Vilma Francisca Alves
Viviane Franzoi da Silva

Elaboração

CÂMARA TÉCNICA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Diane Maria Nunes da Silva - Conselheira
Mayane Santana de Oliveira Lopes - Colaboradora
Paulo Wesley Barbosa Bomtempo - Conselheiro
Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá - Colaboradora
Viviane Franzoi da Silva – Conselheira

Projeto gráfico

Laércio Carlos Tomaz

Colaboração e Apoio

Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente - Polo Distrito Federal
(REBRAENSP-Polo DF)

Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde da Universidade de Brasília
(LABGEST-UnB)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE FORMAÇÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	9
ABORDAGENS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO DOMICILIAR	13
A SEGURANÇA DA MULHER E BEBÊ NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	17
PRÉ-NATAL DE QUALIDADE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	18
EQUIPE HABILITADA E TREINADA	18
MATERIAL	19
SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO	21
COMO TORNAR A HOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE PEDIÁTRICO MAIS SEGURA?	24
BOAS PRÁTICAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AO IDOSO	27
COMO FAZER PARA EVITAR INCIDENTES EM PACIENTES IDOSOS?.....	29
O QUE SE ESPERA DO FUTURO?	30
SEGURANÇA DO PACIENTE EM SAÚDE MENTAL	33
SITUAÇÕES DE RISCOS EM SAÚDE MENTAL.....	34
CONDUTAS PARA SEGURANÇA EM SAÚDE MENTAL	36
SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA	42
COMO TORNAR O SHE MAIS SEGURO?	42
Acolhimento com Classificação de Risco	43
Melhoria da Comunicação em SHE	43
Lacre no Carrinho de Parada Cardíaca	44
Farmácia Clínica em SHE	44
SEÇÃO RELATOS DE EXPERIÊNCIA	46
INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO ÂMBITO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	46
INTRODUÇÃO.....	47
OBJETIVO	47
DESCRIÇÃO DA EXECUÇÃO	48
ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS	48

LIÇÕES APRENDIDAS E CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	49
PREVENÇÃO DE QUEDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE (HRAN).....	51
INTRODUÇÃO.....	51
METODOLOGIA.....	52
UNIDADE PILOTO.....	53
IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	53
CONSTRUINDO UM PROCESSO SEGURO.....	53
PROMOVENDO A CULTURA DE MELHORIA CONTÍNUA.....	54
ENVOLVIMENTO DE TODOS NO CUIDADO SEGURO	55
LIÇÕES APRENDIDAS.....	56
AVALIAÇÃO E MANEJO PERIOPERATÓRIO QUALIFICADO E SEGURO: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DISTRITAL DE MEDICINA PERIOPERATÓRIA	57
INTRODUÇÃO.....	57
A Medicina Perioperatória, Paciente Cirúrgico e o Período Perioperatório.....	57
A EXPERIÊNCIA DISTRITAL DO SERVIÇO DE MEDICINA PERIOPERATÓRIA	58
Implementação, consolidação, missão, visão e valores do serviço	58
Os processos de trabalho, os modelos assistenciais, a qualidade e a segurança	58
O multiprofissionalismo, o processo de tomada de decisão, a transdisciplinaridade e o sistema de multiestratificações	59
O processo de ensino-aprendizagem, a capacitação continuada e a pesquisa em serviço	60
RESULTADOS	60
PROJETO MELHORANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	62
INTRODUÇÃO.....	62
MÉTODO	63
RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65

APRESENTAÇÃO

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Enfermeira. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Coordenadora da REBRAENSP-Polo DF. Membro do Conselho Gestor da REBRAENSP Nacional.

A segurança do paciente é uma questão que vem sendo discutida mundialmente e visa buscar a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde (WHO, 2009).

O assunto ganhou destaque a partir do relatório do *Institute of Medicine*, intitulado “Errar é humano”, publicado em 1999, que apontou que aproximadamente 100.000 pessoas morriam anualmente nos Estados Unidos da América em decorrência de falhas na assistência nos serviços de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000). Desde então, por orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente entrou para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passou a ser reconhecida como prioridade e dimensão fundamental da qualidade em saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Para garantir segurança em saúde, é necessário compreender os conceitos envolvidos. Segundo a OMS, incidentes são fatos ou circunstâncias que ocorrem como consequência do cuidado recebido, que não estão associados à patologia do paciente e podem resultar em dano desnecessário, sendo classificados em: incidente sem dano – incidente que atingiu o paciente, mas não resultou em dano mensurável; incidente com dano – incidente que atingiu o paciente e resultou em dano, podendo ser leve, moderado, grave ou óbito; circunstância notificável – situação com potencial significativo para resultar em dano ao paciente; e *near miss* – incidente que foi interceptado, por sorte ou julgamento, antes de alcançar o paciente (WHO, 2009). Para além das definições dessas classificações, ressalta-se a importância de compreender, ainda, os fatores associados a essas ocorrências, inerentes ao paciente, ao profissional e à organização de saúde.

Estima-se que a prevalência de eventos adversos seja de 10% (WHO, 2006). Entretanto, sabe-se que a prevalência e gravidade dos incidentes variam de acordo com o cenário estudado e complexidade do cuidado. Desse modo, torna-se relevante o estudo dos incidentes nos diversos cenários de assistência onde a enfermagem (e o cuidado em

saúde) se insere(m), a fim de qualificar os profissionais quanto aos riscos envolvidos e tornar as decisões e condutas em saúde mais assertivas e seguras.

Em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e estabeleceu como meta que as instituições de saúde promovessem melhorias em seus processos assistenciais e ofertassem aos pacientes um atendimento de qualidade, livre de riscos e incidentes (WHO, 2006). Uma das principais iniciativas dessa aliança foi a instituição de desafios globais que visam identificar áreas de risco significativo para a segurança do paciente e fomentar o desenvolvimento de ferramentas e estratégias de prevenção de danos (WHO, 2017a). O primeiro desafio global, “Cuidado limpo é cuidado seguro”, objetivou a redução de infecções associadas à saúde (WHO, 2005); o segundo desafio, “Cirurgias seguras salvam vidas” (WHO, 2008) visou à redução da morbimortalidade associada à cirurgia; e o terceiro desafio, “Medicação sem danos”, ainda vigente, visa reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados ao uso de medicamentos (WHO, 2017b). Outras iniciativas internacionais de destaque foram a taxonomia internacional para a segurança do paciente, que padronizou conceitos relacionados à segurança do paciente, permitindo avanço de estudos (WHO, 2009), e o guia curricular multiprofissional para a segurança do paciente, que direciona a inserção do tema nos cursos da área da saúde (WHO, 2011).

No Brasil, desde 2001, com o Projeto Hospitais Sentinelas (ANVISA, 2001), ações são tomadas para tornar a assistência segura. Entretanto, o movimento se ampliou após a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de fortalecer a cultura de segurança no país. O PNSP tem como meta contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país (BRASIL, 2013a). Dentro das instituições de saúde, esse esforço foi intensificado a partir da publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu, entre um rol de importantes ações, a estruturação de núcleos de segurança do paciente e a notificação obrigatória de eventos adversos (BRASIL, 2013b).

O movimento pela segurança do paciente também influenciou categorias profissionais específicas na mobilização de estudos e revisão dos processos de trabalho para adoção de práticas seguras. Nessa vertente, destaca-se que, desde 2008, a enfermagem brasileira tem assumido importante compromisso com o cuidado seguro, com destaque para a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), a qual estimula a integração multiprofissional para a promoção da

atenção em saúde segura pautada no desenvolvimento de boas práticas e tem mostrado o protagonismo da enfermagem para a obtenção de melhores resultados.

Mais recentemente, em 2017, também foi fundada a Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP), que tem como objetivo congrega e representa profissionais de saúde ou não e gestores de diferentes áreas de atuação na saúde interessados na qualidade do cuidado e na segurança do paciente, com foco na disseminação de boas práticas de cuidado de saúde e no compartilhamento de experiências, somando-se assim ao esforço coletivo de desenvolvimento da segurança do paciente no sistema de saúde (SOBRASP, 2019).

Atualmente, garantir segurança é uma questão reconhecida como componente extremamente importante na obtenção do certificado de qualidade. Entretanto, a segurança deve ser valorizada como um direito do paciente e um compromisso ético dos profissionais de saúde.

Ressalta-se que um cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais, quanto de processos e sistemas adequados nos serviços de saúde, por meio da continuidade e atendimento de políticas governamentais regulatórias. E por acreditar no protagonismo da enfermagem nesse processo, o Conselho Regional de Enfermagem-Distrito Federal (Coren-DF) instituiu, por meio das Portarias nº 275/2018, nº 007/019 e nº 004/2020, a Câmara Técnica de Segurança do Paciente.

O Coren-DF tem por finalidade a disciplina e a fiscalização do exercício de enfermagem, além de assegurar que as instituições do ramo ofereçam as condições necessárias à realização das ações de enfermagem em termos compatíveis com as exigências legais éticas. Dentro desse contexto, a Câmara Técnica de Segurança do Paciente visa fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade em todos os ambientes de saúde.

Nessa perspectiva, a presente cartilha foi elaborada com o objetivo de auxiliar os profissionais a se desenvolverem enquanto agentes de mudança e de promoção da segurança nos diversos cenários de assistência à saúde.

A primeira parte da cartilha oferece informações para subsidiar a atuação dos profissionais de saúde, a fim de evitar a ocorrência de incidentes de segurança do paciente nos diferentes cenários de atuação em saúde, a saber: atenção primária em saúde, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, setor de urgência e emergência, parto domiciliar, serviços de atenção pediátrica, geriatria e saúde mental.

A segunda parte traz experiências exitosas em segurança do paciente no Distrito Federal, a fim de reconhecer o trabalho desenvolvido em alguns serviços e promover o compartilhamento de ações que podem ser aplicados em outras instituições de saúde, mostrando caminhos que podem ser seguidos para instituir ações de segurança dentro de instituições públicas, mesmo diante de um contexto considerado de recursos escassos.

A intenção desta cartilha não é esgotar o aprendizado/conhecimento acerca da segurança do paciente nos cenários abordados, mas despertar o profissional sobre a importância do tema, independente do tipo de assistência que é prestado.

Garantir segurança envolve conhecimento, habilidades e atitudes, conceitos que convergem e dependem do compromisso do profissional de saúde, da organização de saúde, do paciente e dos familiares, alicerçados na maturidade de cada um desses agentes envolvidos no cuidado.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Anvisa cria hospitais sentinela para aprimorar vigilância sanitária**. Brasília, DF: Anvisa, 2001.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 43, 2 abr. 2013a.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 143, p. 32, 26 jul. 2013b.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S.(Eds.). **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): The National Academies Press, 2000. <https://doi.org/10.17226/9728>

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** (version 1.1). Geneva: World Health Organization, 2009. 153 p. (Final Technical Report). Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf?ua=1. Acesso em: 10 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care.** Report on the informal briefing: 58th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization, 2005. 9 p. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/events/05/whabriefing13june.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm** –Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017b. 16 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety** - Making health care safer. Geneva: World Health Organization, 2017a. 20 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: Acesso em: 20 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety curriculum guide:** multi-professional edition. Geneva: World Health Organization, 2011. 272 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives.** Geneva: World Health Organization, 2008. 28 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70080/WHO_IER_PSP_2008.07_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Word alliance for patient safety:** Forward program 2006-2007. Geneva: World Health Organization, 2006. 56 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69349/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 maio 2018.

REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE FORMAÇÃO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Dra. Fernanda Leticia Frates Cauduro

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

A formação de recursos humanos para o setor saúde desafia constantemente instituições de ensino, gestores educacionais e professores a refletir sobre o processo de aprendizado dos estudantes. Vislumbra-se a formação de profissionais reflexivos, competentes, éticos e adaptáveis às constantes transformações que ocorrem nos serviços de saúde. Há assíduos debates sobre quais conhecimentos são necessários durante a formação e como desenvolver habilidades e atitudes que reflitam em uma atuação profissional segura e embasada em evidências científicas.

Em face dessas questões, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de saúde apontam o conjunto de princípios, fundamentos, condições e procedimentos a serem considerados na jornada acadêmica. O currículo, expressão do projeto pedagógico, delimita os objetivos, conteúdos programáticos e destaca os temas primordiais a serem contemplados em disciplinas e/ou módulos teórico-práticos.

Atualmente, caminha-se para a mudança das DCN e rediscutem-se os pressupostos, princípios e diretrizes a serem incorporados nos currículos que, obrigatoriamente, deverão ser considerados na concepção dos cursos da saúde. Nesse contexto, destaca-se o compromisso com a abordagem do tema segurança do paciente (BRASIL, 2017), fortalecendo as prerrogativas apresentadas no Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013 (BRASIL, 2014).

Estudos conduzidos no Brasil apresentam dados que reiteram a necessidade de destacar a segurança do paciente nos currículos e tratá-lo de forma transversal, permeando diferentes disciplinas e conteúdos (BOHOMOL; FREITAS; CUNHA, 2016; GONÇALVES; SIQUEIRA; CALIRI, 2107). No dia a dia da sala de aula, mais do que apenas citar “segurança do paciente”, é preciso contextualizar os erros assistenciais aos diversos cenários da prática profissional, da atenção primária aos serviços de alta complexidade, sobre os aspectos multifatoriais que expõem pacientes a danos, da importância de equipes bem coordenadas e articuladas, até questões que envolvem a alta gestão e a cultura de segurança do paciente.

Verifica-se, portanto, a pertinência de se investir na formação de professores e instrumentalizá-los para a formação de profissionais gerenciadores de riscos, com comportamentos seguros e corresponsáveis pela qualidade geral do cuidado. Resgata-se, então, o “Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde” (OMS, 2016), o qual pode ser uma potente ferramenta de apoio para alargar o conhecimento docente sobre o tema e sua representatividade nos projetos pedagógicos e curriculares.

O Guia, além de apresentar onze tópicos essenciais para a abordagem da segurança do paciente no ensino 1. O que é segurança do paciente?; 2. Por que empregar fatores humanos é importante para a segurança do paciente?; 3. A compreensão dos sistemas e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente; 4. Atuar em equipe de forma eficaz; 5. Aprender com os erros para evitar danos; 6. Compreender e gerenciar o risco clínico; 7. Usar métodos de melhoria da qualidade para melhorar os cuidados; 8. Envolver pacientes e cuidadores; 9. Prevenção e controle de infecções; 10. Segurança do paciente e procedimentos invasivos; 11. Melhorar a segurança no uso de medicação, também relaciona exemplos de estratégias pedagógicas que estimulam a reflexão na ação, a problematização, o trabalho colaborativo, interdisciplinar e o protagonismo dos estudantes (OMS, 2016). Portanto, não é ousado expor que o movimento em prol da segurança do paciente colabora na mudança, inovação e ressignificação do ensino em saúde.

Nessa seara, é mister citar a educação interprofissional (EIP) em que estudantes de dois ou mais cursos aprendem em conjunto, ampliam a comunicação e colaboração entre as áreas, compartilham e constroem saberes e apresentam soluções aos problemas de saúde, individuais ou coletivos, de forma mais segura e focada na qualidade assistencial (REEVES, 2016).

Destarte, ainda que a implementação da EIP seja, para algumas instituições de ensino, uma miragem em um vasto campo de possibilidades, se coloca a pertinência de oportunizar ambientes de troca entre diferentes áreas do conhecimento. Possibilita-se, assim, uma formação alinhada às necessidades dos serviços de saúde que, cada vez mais, valorizam o trabalho em equipe e tem como premissa o cuidado centrado no paciente e família.

Nesse sentido, outro desafio na formação de profissionais de saúde para um cuidado seguro é a construção de espaços dialógicos entre estudantes, usuários e comunidades. É necessário encorajar os futuros profissionais para empoderar e engajar

pacientes a participarem dos processos de segurança assistencial. Nesse movimento, o profissional de saúde precisa advogar pela autonomia do paciente, compreendendo-o como ativo e ciente de seus direitos e responsabilidades como consumidor de serviços de saúde (ANVISA, 2017).

Ao sair do bojo do ensino do cuidado seguro em nível acadêmico, lança-se nesse debate a importância da formação para a segurança do paciente no âmbito institucional. Como dispositivo para promover o desenvolvimento de “novas” competências entre profissionais de saúde, investir na educação permanente revela-se como pujante estratégia aos gestores e líderes dos serviços de saúde. Com isso, é esperada a inclusão, na pauta de Núcleos de Segurança do Paciente, de iniciativas que coloquem as equipes de saúde para refletirem sobre as fortalezas e lacunas dos processos de trabalho que implicam qualidade e segurança do cuidado e, então, tecer soluções que agreguem valor para as organizações.

Diante da importância da temática, não se espera esgotar as proposições acerca da formação para segurança do paciente, porém, despertar reflexões entre professores, estudantes e profissionais sobre como é possível avançar na busca pela excelência no cuidado e reiterar a importância do ensino como ação transformadora nos espaços de produção de saúde.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes.** Brasília, DF: Anvisa, 2017. 61 p.

BOHOMOL, E.; FREITAS, M. A. de O.; CUNHA, I. C. K. O. Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 727-741, set. 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0699>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os cursos da modalidade educação a distância na área da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 38, p. 85-90, 26 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

GONÇALVES, N.; SIQUEIRA, L. D. C.; CALIRI, M. H. L. Ensino sobre segurança do paciente nos cursos de graduação: um estudo bibliométrico. **Revista Enfermagem UERJ**, [s. l.], v. 25, p. e15460, abr. 2017. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.15460>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia Curricular de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde**: Edição Multiprofissional. Rio de Janeiro: PUC, 2016. 270 p.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu,; v. 20, n. 56, p.185-196, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.

ABORDAGENS DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Cinthia Guimarães Côrtes

Enfermeira, Mestrado em Ciências para a Saúde pelo Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

Talita Braga Silveria

Enfermeira, Mestrado em Ciências para a Saúde pelo Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal.

Alfredo Nicodemos da Cruz Santana

Médico, Doutorado em Pneumologia pela Universidade de São Paulo, Professor e Pesquisador da Escola Superior de Ciências da Saúde.

Leila Bernarda Donato Göttems

Enfermeira, Doutorado em Administração (UnB), Professora e Pesquisadora da Escola Superior de Ciências da Saúde e da Universidade Católica de Brasília.

A Atenção Domiciliar (AD) é modalidade de assistência à saúde que associa ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção da saúde, executadas no domicílio do paciente. Integra-se às redes de atenção à saúde, visando à continuidade dos cuidados. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é dividida em três modalidades: AD1, AD2 e AD3, relacionadas à intensidade dos cuidados requeridos e recursos tecnológicos associados (BRASIL, 2016).

O avanço da AD no contexto mundial está relacionado às mudanças demográficas e epidemiológicas, com destaque para o envelhecimento populacional e incremento de condições crônicas em diferentes faixas etárias. Redução da internação hospitalar, otimização de recursos das redes e humanização da assistência são apontadas como benefícios dessa modalidade (BRAGA *et al.* 2016; LIMA; SPAGNUOLO; PATRICIO, 2013).

Entretanto, o domicílio, como *locus* de assistência à saúde, também oferece riscos que se relacionam, principalmente, às condições do domicílio e à capacitação do cuidador para prestar os cuidados necessários (SOPPA, 2018). Garantir a qualidade da assistência nesse cenário constitui-se, portanto, um desafio para os profissionais e serviços de AD, uma vez que muitos cuidados são prestados pelos cuidadores, cabendo à equipe o planejamento e o monitoramento. Destaca-se o papel do enfermeiro,

responsável por coordenar o plano de cuidados no domicílio, que requer conhecimentos técnicos e científicos e o estabelecimento de vínculos de confiança com os usuários, cuidadores e familiares com vistas à adesão a esse plano (ANDRADE *et al.*, 2017).

Em pesquisa realizada na Suécia, os eventos adversos foram considerados comuns na AD e os mais frequentes foram infecções relacionadas à assistência à saúde, quedas e lesões por pressão (SCHILDMEIJER *et al.*, 2018). Em estudo brasileiro, eventos adversos infecciosos acometeram 40,5% dos pacientes assistidos por um serviço de AD (BARROS, 2012). Apesar desses dados, estudos e materiais que abordam a segurança do paciente na AD ainda são escassos e torna-se indispensável o estabelecimento de estratégias específicas para a modalidade (BRASIL, 2016; SOPPA, 2018).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde desenvolveu o Manual de Segurança do Paciente no Domicílio, constituindo um importante fomento à temática. Seguem os principais fatores elencados como potenciais para promover uma assistência mais segura na AD (BRASIL, 2016):

- avaliar os critérios de elegibilidade para admissão do paciente na AD, dentre eles: quadro clínico estável do paciente, critérios administrativos como moradia na área de abrangência e concordância de familiares e usuários de adesão à modalidade;
- estabelecer comunicação efetiva entre profissional da saúde e usuário/cuidador/familiar;
- promover a continuidade do cuidado, com acesso garantido aos demais componentes das redes de atenção à saúde;
- prever e prover insumos e recursos necessários, incluindo transporte do paciente e da equipe da AD, quando necessário e em tempo oportuno;
- desenvolver ações de prevenção de infecções, com destaque para as precauções padrão, incluindo a higiene das mãos e o gerenciamento de resíduos;
- estabelecer ações para a prevenção de lesões por pressão;
- prevenir quedas com estratégias de promoção de ambiente seguro;
- estabelecer cuidados seguros na administração de medicamentos e dieta;
- qualificar o cuidador;
- implementar educação permanente dos profissionais; e
- notificar incidentes e eventos adversos, pelos profissionais de saúde e usuário/cuidador/familiar.

A atuação da enfermagem no domicílio deve ser pautada por ações alicerçadas na Sistematização da Assistência de Enfermagem e nas decisões conjuntas com paciente, cuidador e familiar. Desse modo, destaca-se que, além da necessidade de desenvolver ações relacionadas aos tópicos elencados, cabe ao enfermeiro atender às seguintes recomendações para a assistência segura de enfermagem domiciliar (COREN-DF, 2019):

- dimensionar adequadamente a equipe em domicílio;
- planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades de enfermagem no domicílio;
- gerenciar os materiais, os equipamentos e as condições ambientais;
- capacitar continuamente toda a equipe e os cuidadores e oferecer suporte durante todo o processo assistencial;
- realizar assistência nas situações que exijam maior complexidade técnico-científica;
- promover ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis, das infecções no ambiente domiciliar;
- promover ações de prevenção e controle dos eventos adversos no ambiente domiciliar;
- atuar de forma integrada com familiares, usuários e cuidadores, promovendo ambiente para o estabelecimento de vínculo e confiança com a equipe de saúde.

Por fim, acredita-se que a divulgação e o incentivo dessas práticas possam contribuir para uma assistência à saúde mais segura também no ambiente domiciliar.

Referências

ANDRADE, A. M. *et al.* Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 210-219, fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>

BARROS, L. N. de. **Atenção domiciliar da Regional de Saúde de Sobradinho/DF: perfil clínico-epidemiológico de pacientes, análise de sobrevivência e fatores associados com doenças infecciosas e óbito, no período de 2003 a 2010.** 2012. 131 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10939>. Acesso em: 15 julho 2019.

BRAGA, P. P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 903-912, mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 40 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf. Acesso em: 10 julho 2019.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 33, 26 abr. 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 10 julho 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. **Guia Prático de Enfermagem**: Assistência Domiciliar e Orientações aos Familiares. Brasília, DF: Coren, 2019. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-pratico/>. Acesso em: 8 agosto 2019.

LIMA, A. A. de; SPAGNUOLO, R. S.; PATRICIO, K. P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 343-351, jun. 2013. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000200015>.

SCHILDMEIJER, K. G. I. *et al.* Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. **BMJ Open**, [s. l.], v. 8, n. 1, 2018. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019267>

SOPPA, F. B. F. **Cultura de segurança do paciente na atenção domiciliar**: perspectiva da equipe de saúde e do cuidador. 2018. 159 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2018. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/3791>. Acesso em: 15 julho 2019.

A SEGURANÇA DA MULHER E BEBÊ NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Tatiana Cristina de Freitas

Enfermeira graduada pela Universidade de Brasília. Enfermeira Obstetra pelo Programa de Residência da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Saúde da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz. Iniciou na assistência a partos domiciliares há cinco anos no Rio de Janeiro, onde integrou a equipe Coletivo de Parteiras. Atualmente, é Enfermeira Obstetra da equipe Luz de Candeeiro-Parto e Cuidado Feminino, Brasília-DF.

Nayane Cristina Nogueira Guardiano

Enfermeira graduada pela Universidade de Brasília em 2012. Enfermeira Obstetra pelo Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Hospital Regional do Paranoá/Casa de Parto de São Sebastião, pela SES-DF. Atua em partos domiciliares desde 2014 e, atualmente, é Enfermeira Obstetra da Casa de Parto de São Sebastião e Enfermeira Obstetra da equipe Luz de Candeeiro-Parto e Cuidado Feminino, Brasília-DF.

No Brasil, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), cerca de 2% dos partos ocorrem em ambientes extra-hospitalares (transportes em vias públicas, domiciliares assistidos por parteiras tradicionais ou desassistidos em locais carentes de serviços de saúde e partos domiciliares planejados assistidos por equipe profissional) (BRASIL, 2012a). Pela pesquisa “Nascer no Brasil” (FIOCRUZ, 2014), constatou-se que 52% dos nascimentos no SUS são por via cesariana, sendo que no setor privado esse número chega a mais de 80%, enquanto que os partos normais seguem com altas taxas de intervenções, como episiotomia (53%), Kristeller (36%) e posição litotômica (91%), por exemplo. Nesse cenário, o parto domiciliar planejado (PDP) surge como uma opção para as mulheres que buscam a experiência de um parto natural respeitado e seguro.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o direito de escolha das mulheres pelo local de parto e considera que há benefícios para as gestantes que são elegíveis e desejam ter partos domiciliares assistidos por equipe habilitada (médicos, enfermeiros obstetras ou obstetrizes). As mulheres devem ter gestação de risco habitual, estar a uma distância segura da unidade de saúde e ter plano de contingência traçado previamente pela equipe de saúde para transferência hospitalar (WHO, 2004). Estudos observacionais corroboram com o posicionamento da OMS e apontam que essa modalidade de assistência é segura quando prestada por equipe profissional habilitada, com planejamento e transporte eficiente para o ambiente hospitalar em caso de

necessidade. Além disso, mostram que os partos domiciliares estão associados a menores taxas de intervenções como analgesia, episiotomia, parto instrumental e cesariana (SILVERIO, 2013).

Neste capítulo, serão tratadas algumas premissas fundamentais na condução da assistência prestada por enfermeiros obstetras para a segurança da mulher e do bebê no parto domiciliar planejado.

PRÉ-NATAL DE QUALIDADE E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a assistência pré-natal com início precoce, detecção das situações de risco e intervenção oportuna é um dos grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, corroborando para a redução das principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012b).

No parto domiciliar, o pré-natal deve seguir o fluxo proposto pelo MS desde o primeiro trimestre, com encontros mensais até 28 semanas, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. A classificação de risco realizada em cada encontro, a partir da anamnese, exame físico e avaliação de exames complementares é primordial para a segurança do parto domiciliar planejado. Os critérios de elegibilidade incluem gestações a termo (37 a 42 semanas), de risco habitual e feto único em apresentação cefálica. Além da avaliação técnica, a construção de vínculo a partir do conhecimento da história da mulher e da gestação, bem como da família envolvida no processo, faz-se necessária para viabilizar uma relação de corresponsabilidade.

No pré-natal, serão esclarecidas as dúvidas sobre as possibilidades de desfechos adversos e serão traçados os planos de transferência. Para escolha consciente e ponderada da família, é crucial a existência de um termo de consentimento livre e esclarecido em que constem as informações e evidências acerca dos riscos e intercorrências previsíveis ou não em um cenário de parto.

EQUIPE HABILITADA E TREINADA

Evidências apontam que o atendimento ao parto prestado por enfermeiros obstetras e obstetras é seguro e traz benefícios associados à redução de intervenções como analgesia, episiotomia, rompimento artificial da bolsa, parto instrumental (SANDALL *et al.*, 2016).

O cuidado individualizado no parto domiciliar é um dos pontos que confere segurança ao processo e requer pelo menos duas profissionais na composição da equipe,

visto que, após o nascimento, além da mulher, o bebê também pode necessitar de suporte. Esse formato permite uma vigilância constante para os parâmetros biofísicos de vitalidade e bem-estar materno e fetal, mas também para as especificidades psíquicas e emocionais de cada mulher no trabalho de parto, respeitando sua autonomia e protagonismo em todo o processo. Durante o atendimento ao parto, os sinais vitais da mulher e a frequência cardíaca fetal são verificados em intervalos regulares e o exame de toque, se necessário, poderá ser realizado.

No domicílio, o enfermeiro obstetra deve estar comprometido com a capacitação técnica tanto quanto no ambiente hospitalar. Deve saber reconhecer a fisiologia e agir oportuna e adequadamente ao identificar algo que fuja do processo fisiológico. A atualização teórica, a busca pelas melhores evidências e os treinamentos periódicos para emergências são primordiais aos profissionais que se disponham a prestar esse tipo de atendimento.

MATERIAL

A equipe deve ter, em sua organização, todo o material necessário para prestar o atendimento ao parto fisiológico e às intercorrências. O material deve conter os itens estéreis, medicamentos estipulados por protocolos do manejo de emergências e equipamentos em geral.

A primeira linha de cuidados para situações emergenciais deve ser a mesma que seria oferecida na instituição hospitalar. Assim, um pré-natal de qualidade com classificação de risco continuada, vigilância do bem-estar materno/fetal durante o trabalho de parto, um plano de contingência bem traçado e uma equipe habilitada nas situações emergenciais garantem a segurança da mulher/família no cenário do parto domiciliar planejado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **F.7 Proporção de partos hospitalares** - Indicadores de cobertura. Brasília, DF: Datasus, 2012a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2012/f07.def>. Acesso em: 25 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 318 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 25 de junho de 2019.

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 4. Art. D004667, 2016. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-modelscare-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early. Acesso em: 25 de junho de 2019.

SILVERIO, Y. (org.). **Parto domiciliar planejado**: a realidade da prática baseada em evidências. São Paulo: Ilithia, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Genova, 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42955/9241591692.pdf;jsessionid=8685D283F606A39CDF75A9FD7433D823?sequence=1>. Acesso em: 25 de junho de 2019.

SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO

Helaine Carneiro Capucho

Farmacêutica. Professora Adjunta da Faculdade de Ciência das Saúde da Universidade de Brasília. Membro do *Medication Errors SIG International Society of Pharmacovigilance*.

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Enfermeira. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Coordenadora da REBRAENSP-Polo DF. Membro do Conselho Gestor da REBRAENSP Nacional.

William Wegner

Enfermeiro. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A segurança do paciente é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma prioridade global em saúde. A mobilização dos países-membro da OMS leva a grandes contribuições para a melhoria da assistência à saúde das pessoas, incluindo ações específicas para cada contexto de assistência e ciclo de vida. O cuidado à saúde da criança apresenta importantes características que necessitam ser planejadas com enfoque na segurança do paciente pediátrico.

Ao considerar o perfil do paciente pediátrico hospitalizado, estudos na área da segurança do paciente ainda são considerados escassos e a maioria investiga os incidentes relacionados ao processo de medicação. Nos Estados Unidos, a análise de 383 casos de crianças hospitalizadas entre 2013 e 2014 resultou no relato de 37 incidentes de segurança por 34 países, revelando a importância desses atores no processo de identificação dos incidentes. Dentre os relatos, 23 estavam relacionados a falhas do processo assistencial e 30% dessas causaram danos ou problemas considerados evitáveis (KHAN *et al.*, 2016). Ainda foram apontados como eventos adversos a demora na detecção de objetos esquecidos no corpo das crianças após cirurgia, problemas de retenção urinária não percebidos, atrasos na administração de medicamentos, além de infecções por ferida com coberturas inadequadas (KHAN *et al.*, 2016).

Estudo que objetivou avaliar os incidentes em 16 hospitais pediátricos de 2007 a 2012 identificou 3790 registros, dos quais 414 foram classificados como eventos adversos. A estratificação dessa pesquisa apontou que ocorrem 19,1 eventos adversos por 1000 pacientes/dia e destes 210 são preveníveis, ou seja, 9,5 eventos adversos por 1000 pacientes/dia poderiam ser evitados com o seguimento de protocolos de segurança

do paciente institucionais. Os incidentes em saúde são mais frequentes em hospitais universitários (26,5%) e com pacientes com doenças crônicas (33,9%) quando comparados entre grupos (STOCKWELL *et al.*, 2018).

No Brasil, estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva pediátrica para atendimento a pacientes oncológicos registrou 71 notificações de 110 erros envolvendo medicamentos, representando 227 erros por 1.000 pacientes/dia (BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010). Em São Paulo, 113 crianças foram assistidas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, que registrou 38 eventos adversos, estimando média de 2,9 ocorrências por criança, e demonstrou que 32,7% estavam relacionadas a medicamentos (HARADA *et al.*, 2012).

Outros incidentes que acometem crianças hospitalizadas, associados aos riscos e circunstâncias de cuidado, são quedas, lesões de pele, infecções hospitalares, insucesso nos procedimentos invasivos, falhas no processo medicamentoso e comunicação limitada com a família da criança (WEGNER, 2013).

As principais recomendações para a promoção do cuidado seguro na enfermagem pediátrica são: boas práticas no processo de medicação; emprego de *checklist* para procedimentos e intervenções; estímulo à participação dos pais/familiares no cuidado; e qualidade dos registros no prontuário do paciente. Ainda, é fundamental que a enfermagem pediátrica se aproprie e adapte o contexto da hospitalização infantil às diretrizes gerais de segurança do paciente já fomentadas para toda a população que busca por cuidado de saúde (WEGNER *et al.*, 2017).

Entende-se que a criança possui características físicas e morfológicas específicas, com desenvolvimento cognitivo, emocional e social complexo que podem aumentar as chances de sofrerem algum dano. Estima-se que a probabilidade de ocorrência de erros com potencial para causar danos, envolvendo medicamentos, seja três vezes maior em crianças hospitalizadas, quando comparadas aos pacientes adultos (CONROY *et al.*, 2007). Portanto, há a necessidade de estabelecer estratégias para promoção da segurança do paciente pediátrico, independente do processo assistencial que estiver sendo prestado ou equipes envolvidas. A enfermagem tem assumido um protagonismo no desenvolvimento de ações para a promoção do cuidado seguro, e com crianças não é diferente.

O ambiente hospitalar pode despertar na criança a curiosidade do novo e, ao mesmo tempo, o medo do desconhecido, tornando-a vulnerável à exposição de riscos à sua segurança nas circunstâncias de cuidado (WEGNER, 2013). Acrescenta-se o fator

de que as crianças apresentam o sistema imunológico ainda em desenvolvimento, sendo, assim, mais suscetíveis às infecções (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012) e qualquer incidente pode gerar consequências mais graves do que em adultos. A criança torna-se passiva, deprimida, assustada, rebelde e vulnerável, pois depende não só do adulto cuidador, como do cuidado intensivo da equipe de saúde para sua sobrevivência. A segurança e a proteção devem estar inseridas no contexto da hospitalização, pois é de direito da criança a garantia de assistência à saúde. Portanto, o atendimento à criança hospitalizada deve ser norteado por práticas seguras, com o objetivo de proporcionar bem-estar a ela e a sua família (WEGNER; PEDRO, 2012).

Para tornar o ambiente de cuidado mais seguro, destaca-se a relevância de atentar à importância da higiene de mãos; a implantação de *checklist* cirúrgico pediátrico e a melhora da experiência do paciente e cuidadores; as fragilidades no processo de identificação da criança e a padronização para o preparo e administração de medicamentos; o monitoramento de eventos adversos registrados em unidades de internação clínica; e a utilização de bomba de infusão inteligentes (BOTENE; PEDRO, 2014; BRASIL, 2013a; MASON *et al.*, 2014; PIRES; PEDREIRA; PETERLINI, 2015; ROCHA *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2014). A adoção dos protocolos de segurança do paciente (identificação do paciente, cirurgia segura, higiene de mãos, segurança no processo de medicação, prevenção de quedas e lesões por pressão) recomendados pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2013b; HOFFMANN *et al.*, 2019) é a primeira iniciativa a ser implantada por serviços de saúde que atendam à população pediátrica, com adaptações as especificidades da criança hospitalizada.

Ressalta-se, ainda, a importância da participação dos pais ou cuidadores no processo assistencial, uma vez que há estudos que apontam serem eles os responsáveis por evitar mais erros em saúde do que os profissionais (KHAN *et al.*, 2016). Além disso, podem perceber coisas diferentes e fornecer informações complementares que ajudariam a tornar o tratamento mais seguro (KHAN *et al.*, 2016). Estudo que teve por objetivo analisar os incidentes de segurança identificados por familiares de crianças hospitalizadas em três hospitais do sul do Brasil destacou que os acompanhantes foram capazes de relatar incidentes relacionados a falhas na identificação do paciente, terapia nutricional e medicamentosa, higienização das mãos, comunicação com a criança e família, realização de procedimentos invasivos e quedas. Os fatores contribuintes destacados se referem à comunicação e ao relacionamento interpessoal entre profissional de saúde e o familiar da criança (HOFFMANN *et al.*, 2019). Diante dessa

contextualização, é fundamental a equipe de enfermagem assumir parte da responsabilidade para a promoção da segurança do paciente pediátrico.

Dessa forma, os profissionais da enfermagem devem ser proativos, tanto na identificação de riscos, como na garantia da segurança do paciente pediátrico, estabelecendo uma parceria com acompanhantes/familiares para o cuidado seguro por meio de orientações e ações educativas.

COMO TORNAR A HOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE PEDIÁTRICO MAIS SEGURA?

1. Identificar a criança corretamente e o familiar/acompanhante, conforme protocolo institucional (que deve seguir, minimamente, o preconizado pelo MS).

2. Higienizar as mãos com produto adequado (água e sabão ou álcool), considerando os cinco momentos e especificações preconizados pelo MS.

3. Avaliar a criança quanto ao risco de queda e oferecer orientações diárias para familiar/acompanhante sobre ações para prevenção de quedas.

4. Avaliar a criança quanto ao risco de lesões por pressão ou lesões cutâneas e oferecer orientações diárias para familiar/acompanhante sobre ações para prevenção de lesões cutâneas.

5. Adotar protocolos institucionais específicos ou adaptados para o perfil do paciente pediátrico, considerando suas peculiaridades.

6. Escolher escalas e protocolos pediátricos para avaliação de deterioração clínica, predição de riscos e fatores contribuintes para incidentes, revisando as rotinas baseadas em evidências atuais disponíveis na literatura científica.

7. Estimular a participação e parceria do familiar/acompanhante na conferência/revisão das ações assistenciais e explicar todos os cuidados em linguagem compreensível.

8. Envolver familiar/acompanhante na checagem dos procedimentos e administração de medicamentos a serem realizados.

9. Prever a inclusão do tema segurança do paciente nas atividades de ensino e educação permanente nos diferentes níveis de formação profissional.

10. Identificar e notificar os incidentes ocorridos na unidade, analisar seus padrões e causas e implementar ações, discutidas e definidas coletivamente, considerando profissionais de saúde, familiares e gestores, a fim de evitar a recorrência.

11. Promover uma cultura justa, de valorização da participação da família, de estímulo à prevenção de incidentes e parceria entre os profissionais, familiares/acompanhantes e pacientes.

Referências

- BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. da L. G. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 257-263, set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 22 out. 2015.
- BOTENE, D. Z. de A.; PEDRO, E. N. R. Health Professionals and hand hygiene: a question of pediatric patient safety. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 124-129, Sept. 2014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300124&lng=en&nrm=iso. Access on: 28 Jul. 2016.
- BRASIL. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 47-49, 10 jul. 2013a.
- BRASIL. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 113, 25 set. 2013b.
- CONROY, S. *et al.* Interventions to Reduce Dosing Errors in Children. A Systematic Review of Literature. **Drug Safety**, [s. l.], v. 30, n. 12, p. 1111-1125, 2007.
- HARADA, M. de J. C. S. *et al.* Safety in medication administration in pediatrics. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 639-642, 2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400025&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 2 nov. 2014.
- HOFFMANN, L. M. *et al.* Patient safety incidents identified by the caregivers of hospitalized children. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 3, p. 707-714, June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0484>.
- KHAN, A. *et al.* Parent-reported errors and adverse events in hospitalized children. **Journal of the American Medical Association pediatrics**, Chicago, v. 170, n. 4, p. e154608, 2016. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.4608.
- MASON, J. J. *et al.* Patient safety, error reduction, and pediatric nurses's perceptions of smart pump technology. **Journal of Pediatric Nursing**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 143-151, 2014. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596313002947>. Access on: 28 Jul. 2016.

PIRES, M. P. de O.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Surgical Safety in Pediatrics: practical application of the Pediatric Surgical Safety Checklist. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1105-1112, Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0553.2655>

ROCHA, J. P. *et al.* Eventos adversos identificados nos relatórios de enfermagem em uma clínica pediátrica. **Ciencia y enfermería**, Concepción, v. 20, n. 2, p. 53-63, ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000200006>.

SILVA, T. da; WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 14, n. 2, p. 337-44, 30 jun. 2012. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>

SOUZA, S. de *et al.* Use of safety strategies to identify children for drug administration. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 6-11, Feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400003>.

STOCKWELL, D. C. *et al.* Adverse Events in Hospitalized Pediatric Patients. **Pediatrics**, [s. l.], v. 142, n. 2, p. e20173360, 2018. doi: 10.1542/peds.2017-3360

WEGNER, W. Prevenção de eventos adversos na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. GAÍVA, M. A. M.; RIBEIRO, C. A.; RODRIGUES, E. C. (org.). **PROENF Programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente: ciclo 8**. Porto Alegre (RS): Artmed/Panamericana, 2013. p. 9-56.

WEGNER, W. *et al.* Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e68020, 2017. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 427-434, Jun. 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=en&nrm=iso. Access on: 28 Jul. 2016.

BOAS PRÁTICAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AO IDOSO

Helaine Carneiro Capucho

Farmacêutica. Professora Adjunta da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília. Membro do *Medication Errors SIG International Society of Pharmacovigilance*.

Alisson Fernandes Bolina

Enfermeiro. Professor Adjunto da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília.

O envelhecimento é um processo individual e natural em que há uma redução da homeostasia do organismo, ocasionando aumento da vulnerabilidade para ocorrência de problemas de saúde, sejam eles de ordem infecciosa, traumática, orgânica e até mesmo psicológica. Vários são os conceitos sobre o envelhecimento, porém, o cronológico tem sido o mais adotado nas políticas públicas e nas pesquisas científicas pela dificuldade de um marcador biológico que define o momento exato da velhice (PAPALÉO NETTO, 2006).

Com base na definição cronológica, considera-se idoso no Brasil todo o indivíduo com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). Dados do censo demográfico apontam que o grupo de indivíduos nessa faixa etária compõe o estrato populacional que mais cresceu nas últimas décadas no país, com prognóstico de aumento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022 (ERVATTI; BORGES; JARDIM, 2015). Estima-se, também, que a proporção de idosos tenha aumentado de 8,2%, em 2000, para 10,02%, em 2010, podendo atingir 13,81% e 18,62% nos anos de 2020 e 2030, respectivamente (BRASIL, 2015). Esses dados trazem consigo desafios para a organização do sistema de saúde que deve estar pautado em uma lógica que prioriza a prevenção de doenças crônicas e a promoção do envelhecimento ativo.

Estudo realizado no Brasil aponta que 75,3% dos idosos dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS). Desses, 83,1% realizaram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses e 10,2% dos idosos foram hospitalizados uma ou mais vezes nesse mesmo período. Além disso, quase 70% dos idosos brasileiros possuem ao menos uma doença crônica, como diabetes, hipertensão ou artrite (BARCELOS; TAVARES, 2017).

A multimorbidade entre idosos representa um preditor de risco para ocorrência de hospitalização (NUNES *et al.*, 2017). Idosos do sexo masculino tendem a ser internados com quadros de maior complexidade por não procurarem serviços para prevenção e tratamento de doenças em estágio inicial (DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2011). Uma vez internados, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva, o tempo de permanência é fator de risco para incidentes em saúde (DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2011). A internação hospitalar de idosos, portanto, deve ser indicada somente quando todos os recursos da rede de atenção à saúde forem oferecidos para o controle das doenças e suas complicações (NUNES *et al.*, 2017).

Cabe considerar que os idosos representam um dos grupos mais acometidos por eventos adversos devido a sua maior vulnerabilidade decorrente do processo de envelhecimento. É nesse cenário que a segurança dos idosos sob o cuidado de serviços de saúde requer atenção especial, com intuito de implementação de medidas e programas de prevenção desses incidentes. Considerando que a enfermagem atende a maior parte das necessidades de cuidados dos pacientes, torna-se relevante o investimento na capacitação desses profissionais, com foco no desenvolvimento de boas práticas para a segurança dos pacientes idosos nos serviços de saúde bem como para melhoria da qualidade do cuidado (SANTOS *et al.*, 2016).

Quanto aos fatores de riscos relacionados aos agravos no idoso, podem-se citar: risco de desnutrição, diminuição da mobilidade, redução da integridade da pele, incontinência, quedas, desenvolvimento de delírio e dificuldade de se autocuidar (LECKO, 2013). Todos esses fatores são indicadores passíveis de intervenção de enfermagem e devem ser considerados na avaliação da gestão de risco, visando à promoção da segurança do paciente idoso e a sua qualidade de vida.

Destaca-se que a desnutrição, a desidratação e o *delirium* têm sido associados ao aumento de óbitos e outros danos evitáveis, pois estão relacionados à constipação, função cognitiva prejudicada, demência, quedas, hipotensão ortostática, mau controle da hiperglicemia no diabetes e hipertermia (LECKO, 2013; MCGRATH *et al.*, 2017; SÁNCHEZ *et al.*, 2019). Outro fator de risco para o paciente idoso é a polifarmácia, sendo entendida como uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos (com ou sem prescrição médica) por um mesmo indivíduo (SOUSA; RIBEIRO, 2015; WHO, 2017). Ademais, a alta incidência de quedas e a elevada prevalência de lesões por pressão são fatores de riscos que estão relacionados à idade avançada

(CAVALCANTE *et al.*, 2016; STORM; SCHULZ; AASE, 2018; VACCARI *et al.*, 2016).

O cuidado a qualquer paciente deve ser realizado baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, sendo o cuidado implementado sob a ótica multidisciplinar. A seguir, serão elencadas as principais estratégias para evitar incidentes e elevar a chance de sucesso do cuidado com o paciente idoso, tornando o cuidado mais seguro e efetivo.

COMO FAZER PARA EVITAR INCIDENTES EM PACIENTES IDOSOS?

✓ Implementar a desprescrição, observando os benefícios e riscos do medicamento ao paciente, os objetivos do tratamento com cada medicamento, a expectativa de vida do paciente, além da comodidade e preferências do idoso que possam afetar a adesão ao tratamento (WHO, 2017).

✓ Manter os pacientes hidratados e bem nutridos, com plano de nutrição estabelecido em até 24 horas após a admissão em um serviço de saúde (SÁNCHEZ *et al.*, 2019).

✓ Implementar protocolos que visem à prevenção e manejo do risco de quedas, como a escala de Morse (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

✓ Implementar protocolos de análise de risco, prevenção e manejo de lesões por pressão (VACCARI *et al.*, 2016).

✓ Implementar protocolos de sedação e analgesia para idosos em tratamento intensivo (LECKO, 2013) e outras estratégias de redução do tempo de internação dos idosos em UTI.

✓ Implementar protocolo para evitar *delirium* no perioperatório, bem como aplicar escalas para identificar o *delirium*, especialmente o hipoativo, em idosos internados (Ex: I-CAM, I-*Confusion Assessment Method*, já utilizado no Brasil há anos) (LECKO, 2013; MCGRATH *et al.*, 2017; SÁNCHEZ *et al.*, 2019).

✓ Sempre que possível, engajar o próprio paciente em seu cuidado.

✓ Manter a equipe atualizada por meio de momentos de aprendizado em trocas de plantão e transição do cuidado, treinamentos, capacitação para o cuidado do paciente idoso, baseados em protocolos instituídos e amplamente divulgados entre os membros da equipe de saúde (CUNHA *et al.*, 2012)

✓ Respeitar o princípio ético da autonomia, contribuindo para a participação ativa e cidadã no seu processo de cuidado (PETEET; ZABEN; KOENIG, 2019).

✓ Por fim, devem-se integrar ao cuidado as crenças, religiosidade e espiritualidade do paciente idoso, com o devido cuidado ético, visto que esses pacientes tendem a se utilizar da espiritualidade para lidar com suas mudanças físicas, psíquicas e com as perdas mais frequentes nessa etapa da vida (CHAN; IP; IRWIN, 2019).

O QUE SE ESPERA DO FUTURO?

O uso de *checklist* pode auxiliar no tratamento seguro e melhorar a experiência dos pacientes, porém, deve ir além de uma lista de verificação meramente técnica (MACINKO *et al.*, 2018). A lista deve abordar e desenvolver intervenções multidisciplinares, que permitam aos profissionais de saúde responder às necessidades encontradas para cada paciente, que se adeque às realidades locais e que promovam, de forma sustentável, o trabalho multidisciplinar centrado no paciente idoso. Esse trabalho deve ser realizado em quaisquer níveis de atenção à saúde.

Embora o acesso a cuidados básicos de saúde entre os idosos brasileiros seja relativamente alto, comparado a padrões internacionais (HOFFMANN; LOBO, 2014), quatro das principais doenças associadas às hospitalizações dos adultos com mais de 60 anos no Brasil (acidente vascular cerebral, doença cardiovascular, diabetes e hipertensão) fazem parte da relação de internações sensíveis à atenção primária no país, o que demonstra que existe uma janela de oportunidade para reduzir as hospitalizações desnecessárias, por meio de ações eficazes de atenção primária. Dessa oportunidade de melhoria também depende o atendimento às recomendações de que todos os esforços sejam no sentido de o idoso não permanecer no serviço de saúde por mais de 28 dias (HOFFMANN; LOBO, 2014; LECKO, 2013).

A formação do enfermeiro e dos técnicos em enfermagem deve ser constantemente aprimorada, de forma a viabilizar a identificação das particularidades do cuidado à pessoa idosa e das intervenções mais custo-efetivas. Torna-se importante que os profissionais de enfermagem avaliem os fatores de risco relacionados aos eventos adversos nos diferentes cenários de atenção à saúde do idoso, buscando a implementação de estratégias de promoção da segurança do paciente e da melhoria da qualidade do cuidado.

Referências

BARCELOS, R. A.; TAVARES, D. M. dos S. Fatores associados aos incidentes de segurança entre idosos em terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 159-167, 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700025>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Informação de Saúde**. Brasília, DF: Datasus, 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>. Acesso em: 4 ago. 2019.

CAVALCANTE, M. L. S. N. *et al.* Indicators of health and safety among institutionalized older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 602-609, ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500009>

CHAN, S. P.; IP, K. Y.; IRWIN, M. G. Peri-operative optimisation of elderly and frail patients: a narrative review. **Anaesthesia**, London, v. 74, Suppl 1, p. 80-89, 2019. <https://doi.org/10.1111/anae.14512>

CUNHA, J. X. P. *et al.* Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out./dez. 2012.

ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. de P. (org.). **Mudanças demográficas no Brasil no início do século XXI**: subsídios para as projeções da população. 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 156 p. (Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica. Número 3)

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. **Improving care for older people**: a policy for Health Services. Melbourne, Victoria: Department of Human Services, 2011. 75 p.

HOFFMANN, M. C. C. L.; LOBO, M. C. de A. (org.). **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 46 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 15 julho 2019.

LECKO, C. **Patient safety and nutrition and hydration in the elderly**. England: The Health Foundation, 2013. Disponível em: https://improve.bmj.com/sites/default/files/resources/patient_safety_and_nutrition_and_hydration_in_the_elderly.pdf. Acesso em: 15 julho 2019.

MACINKO, J. *et al.* Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 52, Suppl 2, p. 6s, 2018. doi:10.11606/S1518-8787.2018052000595

MCGRATH, K. *et al.* Deprescribing: A simple method for reducing polypharmacy. **The Journal of family practice**, New York, v. 66, n. 7, p. 436-445, 2017.

NUNES, B. P. *et al.* Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, p. 43, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006646>

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. *In*: FREITAS, E. V. (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.

PETEET, J. R.; ZABEN, F. A.; KOENIG, H. G. Integrating spirituality into the care of older adults. *International Psychogeriatrics*, New York, v. 31, n. 1, p. 31-38, 2019. doi:10.1017/S1041610218000716

SÁNCHEZ, A. *et al.* Patient safety, cost-effectiveness, and quality of life: reduction of delirium risk and postoperative cognitive dysfunction after elective procedures in older adults - study protocol for a stepped-wedge cluster randomized trial (PAWEL Study). **Trials**, [London], v. 20, n. 1, p. 71, 2019. doi: 10.1186/s13063-018-3148-8

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication Without Harm** - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. 16 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 maio 2018.

SEGURANÇA DO PACIENTE EM SAÚDE MENTAL

Adrielle Cristina Silva

Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, Goiás. Docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Eurides Santos Pinho

Enfermeira da Secretaria Municipal de Goiânia, Goiás. Docente da Faculdade Sul-Americana de Goiás.

Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Enfermeira da Secretaria Municipal de Goiânia, Goiás. Docente da Faculdade Sul-Americana de Goiás.

Desde que o cuidado inseguro foi reconhecido como problema de saúde pública, esforços surgiram para compreender a natureza e o impacto dos riscos de incidentes, a fim de encontrar soluções adequadas. Portanto, a mobilização quanto à segurança do paciente é fruto da constatação de que a ocorrência de evento adverso (EA) envolve custos sociais e econômicos consideráveis, além de implicar danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Na saúde mental, a segurança do paciente apresenta-se como um desafio, pela baixa problematização de ocorrência de incidentes nas rotinas desses serviços. O processo que envolveu a Reforma Psiquiátrica Brasileira provocou readequação no cenário da saúde mental e traz, em seu bojo, mudanças com destaque para o princípio bioético da não maleficência, que propõe desconstruir qualquer protocolo clínico e/ou modelo de assistência que produza efeitos iatrogênicos. Assim, preconiza que a atenção em saúde cause o menor dano ao paciente (TEIXEIRA, 2013).

O cenário proposto para o cuidado em saúde mental é complexo e deve ocorrer nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, constituída pelos componentes: I - atenção básica em saúde; II - atenção psicossocial especializada; III - atenção de urgência e emergência; IV - atenção residencial de caráter transitório; V - atenção hospitalar; VI - estratégias de desinstitucionalização; e VII - reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A atenção em saúde mental demanda que o atendimento seja continuado, em seus diferentes níveis de complexidade, visando à integralidade da atenção, além de considerar a necessidade momentânea e singular do paciente. Ou seja, a pessoa em sofrimento mental poderá agudizar e irá requerer intervenções específicas, em outros

momentos o cuidado acontecerá no território, na perspectiva da inclusão social, com vistas à promoção de autonomia e exercício da cidadania. Assim, os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência – por exemplo: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) -, hospitais gerais, dentre os outros dispositivos, devem manter relações horizontais e comunicação efetiva.

A enfermagem destaca-se como a categoria profissional essencial na construção dessas relações por estar, obrigatoriamente, presente nesses espaços de assistência. O enfermeiro é profissional com expertise em cuidados clínicos, humanistas e integrais para o trabalho nos diferentes níveis de complexidade (da atenção primária à especializada e terciária).

Para atuar em serviços de saúde mental, os enfermeiros necessitam ter informação técnica para avaliar os riscos de suas ações terapêuticas, por meio do conhecimento dos possíveis EA, assegurando que seus atos sejam benéficos ao paciente com menor prejuízo ou agravo à sua saúde. Além disso, necessita de competência técnica específica para monitorar incidentes e capacitar a equipe, a fim de alcançar a cultura de segurança do paciente.

Gallego *et al.* (2012), em um estudo de revisão, concluíram que os serviços de saúde mental e os hospitais psiquiátricos estavam entre as instituições com culturas de segurança mais desfavoráveis e apresentavam riscos significativos.

SITUAÇÕES DE RISCOS EM SAÚDE MENTAL

Como situações de riscos clínicos em saúde mental, destacam-se os efeitos adversos dos antipsicóticos, como dislipidemias, síndrome metabólica, diabetes e obesidade. Essas alterações metabólicas aumentam significativamente o risco de morte por doença cardiovascular, correspondendo a uma redução da expectativa de vida de 10 a 25 anos (KIM *et al.*, 2018).

O uso continuado de antipsicóticos também pode gerar rigidez articular, discinesia, hipomobilidade e fraqueza muscular, sendo fatores para risco de quedas (DAMÁSIO; CARVALHO, 2011). Diante disso, para uma abordagem segura, o enfermeiro deve ser capaz de compreender o quadro clínico, bem como os efeitos da medicação utilizada para o equilíbrio e estabilização do paciente.

Ao mesmo tempo, a falta do acompanhamento medicamentoso de forma adequada pode resultar em agudização do quadro psiquiátrico, com agitações psicomotoras, configurando em risco de quedas, além de risco de auto e heteroagressão.

A avaliação ambiental do risco de queda deve estar presente no Projeto Terapêutico Singular e ações individuais de cuidados, somadas à orientação baseada em grupo de aprendizagem para cuidados específicos, podem reduzir os riscos de quedas.

No cuidado ao paciente psiquiátrico em crise, por vezes, é necessário lançar mão da contenção mecânica, compreendida como medida terapêutica de último recurso com o objetivo de controlar os movimentos do paciente agitado, restringindo a sua habilidade de movimento, quando esse oferece perigo para si e para terceiros. Tal medida deve ser usada de forma adequada e conduzida por equipes treinadas, com técnica adequada e em ambiente terapêutico (COFEN, 2012).

A contenção só deve ser realizada após esgotadas todas as alternativas de cuidado, como abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de fatores externos, que podem alterar negativamente o comportamento do paciente, entre outros (PAES *et al.*, 2009), pois oferece riscos de ocorrer EA no paciente, como lesões por pressão, traumas, pneumonia ou trombose venosa profunda, e eventos de maior gravidade relacionados à contenção mal realizada, entre eles, o óbito por trauma grave ou sufocamento (SOUZA, L., *et al.*, 2019).

Como medidas de segurança ao paciente, todos em contenção devem ser monitorados pela equipe de enfermagem. O monitoramento envolve: nível de consciência, sinais vitais, condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente. Quanto ao paciente, deve-se retirar todo acessório (brincos, pulseira, relógio, óculos, prótese dentária, cinto, etc.), abrir botões e zíperes e retirar sapatos. Para evitar a broncoaspiração, não oferecer água, medicação via oral ou alimentos (no caso do paciente referir sede, a enfermagem deve oferecer ao paciente uma espátula envolvida em gaze embebida em água, para molhar seus lábios) (BRAGA *et al.*, 2016).

O monitoramento do paciente contido não deve ocorrer em período superior a uma hora, tempo hábil para prevenir a ocorrência de EA ou para identificá-los precocemente. Ressalta-se a necessidade de maior rigor no monitoramento aos pacientes com sedação medicamentosa, sonolentos, com multimorbidades clínicas e em idosos (PAES *et al.*, 2009).

Outra situação de risco presente em unidades de saúde mental é a “evasão” do paciente, ou seja, saída do paciente sem comunicação com a equipe. Tal situação apresenta-se como EA, pois configura interrupção abrupta do tratamento.

Para evitar a total ruptura do tratamento e progressão de danos após evasão da unidade, é esperado que a equipe realize busca ativa e proponha a construção de um novo Projeto Terapêutico Singular junto ao usuário e familiares, atendendo as suas demandas e necessidades daquele momento, levando em conta os riscos biopsicossociais (SOUZA, A., 2019).

A situação de evasão indica que o vínculo estabelecido entre paciente e profissional e equipe não foi satisfatório para mantê-lo no tratamento. Assim, analisar de que forma a saída do usuário se deu, o contexto do momento, assim como os fatores que resultaram em abandono do tratamento, são essenciais para promover ações corretivas e preventivas em situações semelhantes futuras (CHAVES *et al.*, 2011; SOUZA, A., 2019).

Unidades voltadas ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas devem trabalhar na perspectiva de que o desejo demasiado pela droga é algo absolutamente esperado, com conseqüente vontade de sair em busca desse entorpecente. Nesse tocante, a unidade deve oferecer terapias e cuidados complementares nos momentos críticos, que possam levar o usuário a querer abandonar o tratamento e retornar para o uso abusivo da droga (SOUZA, A., 2019).

Há necessidade de reflexões sobre segurança do paciente nos serviços em saúde mental, a fim de favorecer a ampliação de iniciativas para a melhoria das práticas profissionais, assim como para implementar barreiras para ocorrência de erros.

CONDUTAS PARA SEGURANÇA EM SAÚDE MENTAL

O protocolo de segurança no cuidado ao paciente em sofrimento mental é uma potente ferramenta para a assistência por oferecer ao enfermeiro e à equipe multidisciplinar uma orientação para o cuidado qualificado, baseado nos princípios do cuidado seguro.

As condutas em saúde mental, por parte dos enfermeiros, inicialmente, devem contemplar avaliação do paciente, que inclui anamnese completa, a história da saúde física, condições mentais e comportamentais, seguida de avaliação da saúde física para identificar condições concomitantes e orientar a pessoa e cuidadores sobre medidas preventivas. A consulta de enfermagem, portanto, deve incluir investigação da queixa

principal, histórico pessoal e familiar de condições mentais, clínicas e comportamentais, história psicossocial (atividade laboral, redes sociais, fatores estressores e outros); executar o exame psíquico, avaliando nível de consciência, aparência global, comportamento, discurso/linguagem, pensamento, humor/afeto, sensopercepção (fenômenos alucinatórios), juízo de realidade, vontade, pragmatismo, inteligência e crítica de morbidade; avaliar a saúde física, que deve conter, minimamente, pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura axilar (TAX), hemoglicoteste (HGT) e informações sobre fatores de risco (sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo, uso drogas).

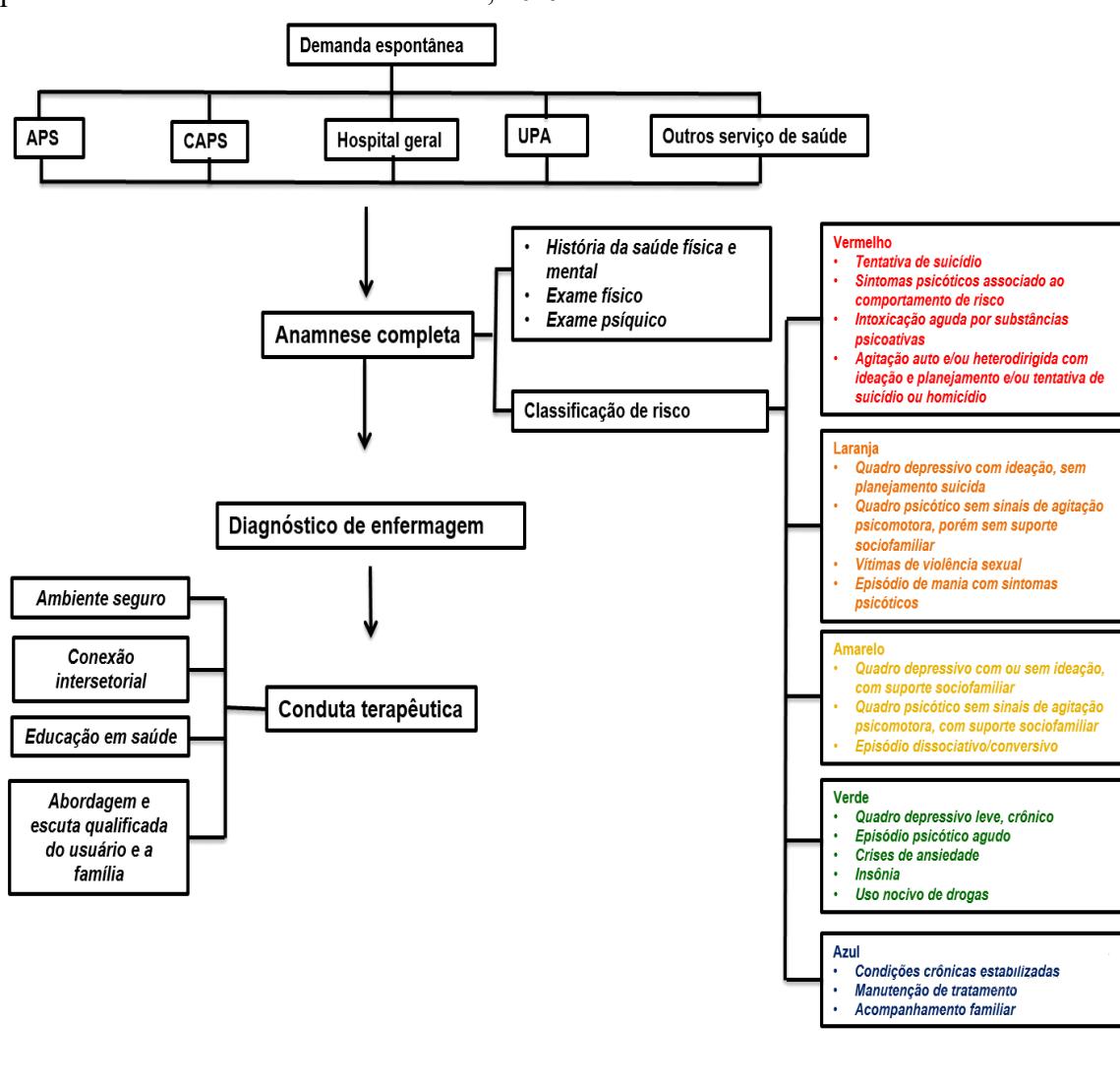
Após a avaliação, deve-se estabelecer o diagnóstico de enfermagem e conduta(s) terapêutica(s). Quando necessário, as internações em saúde mental podem ser solicitadas, de acordo com o fluxo do Distrito Federal.

A classificação de risco em saúde mental pauta-se no Protocolo de *Manchester*, que uniformiza critérios. Assim, a prioridade e indicação de local para atenção adequada é categorizada em cores: Vermelho, caso gravíssimo, necessita de atendimento imediato, pois o paciente apresenta risco de morte para si ou para terceiros; Laranja representa risco significativo, caracterizado por condições com potencial ameaça à vida; Amarelo, caso de gravidade moderada e representa condições que podem evoluir para gravidade, se não for atendido rapidamente; Verde indica condições que apresentam um potencial para complicações; Azul corresponde a condições não urgentes (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Para os casos classificados em amarelo, verde ou azul, recomenda-se o acompanhamento em CAPS. Para casos classificados em vermelho e laranja, recomenda-se o atendimento em leitos especializados em hospitais gerais ou unidades capacitadas para atenção à emergência e urgência em psiquiatria.

O fluxograma a seguir é inspirado na Classificação de Risco em Saúde Mental, apresentado no Protocolo do estado do Espírito Santo, que possibilita a visualização do atendimento e fatores sistêmicos a serem considerados para promoção do cuidado segura.

Figura 1. Fluxograma de atendimento para prevenção de riscos na segurança do paciente com transtorno mental. Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

A adequada atenção ao paciente em saúde mental permitirá cuidados devidos, considerando suas particularidades e local em que se encontra, caracterizando-se como boas práticas de segurança do paciente, que evita a ocorrência de incidentes.

Boas práticas para a segurança em saúde mental deve abranger a avaliação do local em que o paciente está, promovendo uma estrutura física segura (barras de apoio, piso não escorregadio, ambiente amplo e arejado, guarda correta de materiais perfurocortantes, dentre outros cuidados); abordagem adequada, que permite compreender a real necessidade do paciente, procedendo a condutas condizentes; comunicação clara e verdadeira sobre o tratamento (educação em saúde), que permita ao paciente ser barreira para erros; e abordagem em rede e multiprofissional, para promover junto ao usuário reinserção social e familiar, exercício de cidadania e autonomia de forma a garantir continuidade do cuidado e prevenção de crises ou agravamento do quadro do sofrimento mental.

Medidas de segurança em saúde mental incluem fortalecer, continuamente, os fatores de proteção do indivíduo - vínculo familiar, sociolaboral, lazer -, sendo necessária conexão intersetorial.

Como desafio, há necessidade de disseminar a cultura de segurança nos serviços de saúde mental, a fim de conscientizar pacientes e profissionais para reconhecerem e gerenciarem os riscos, no intuito de sensibilizar para a adoção de atitudes compartilhadas que levem a mudanças, reduzindo a ocorrência de incidentes. Para tanto, recomendam-se a adoção do processo de Educação Permanente em Saúde em prol da segurança do paciente de modo contínuo; o uso de ferramentas de avaliação para identificação e monitoramento de riscos potenciais aos usuários; e a implementação de medidas preventivas e práticas proativas, superando as ações apenas corretivas.

Há também a necessidade de integrar melhor os recursos hospitalares e comunitários, a fim de desenvolver práticas seguras e eficazes para as transições de cuidados, atentando para a complexidade de assistência que o usuário necessita.

Ainda como recurso em destaque, recomenda-se o engajamento da rede social e familiar do paciente. Paciente e familiares/cuidadores podem desempenhar papel ativo no contexto das práticas em saúde, por meio do envolvimento no processo de planejamento e tomada de decisão para o cuidado seguro. Nesse tocante, é preciso empreender processos contínuos de qualificação do conhecimento e habilidades para aprimoramento de competências dos profissionais e gestores de saúde, em prol da qualidade e segurança nos serviços de saúde mental.

Referências

BRAGA, I. P. *et al.* Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 53-59, mar. 2016. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000103>.

BRASIL. Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 230-232, 26 dez. 2011.

CHAVES, T. V. *et al.* Crack cocaine craving: behaviors and coping strategies among current and former users. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, Dec. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000066>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 427, de 7 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 175-176, 10 maio 2012.

DAMÁSIO, J.; CARVALHO, S. Doenças do movimento induzidas por fármacos: a importância dos Psicofármacos. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 24, S4, p. 915-922, 2011.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo Estadual de Classificação de risco em Saúde Mental**. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

GALLEGO, B. *et al.* Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. **International Journal for Quality in Health Care**, oxford, v. 24, n. 4, p. 311-320, 2012. doi: 10.1093/intqhc/mzs028.

KIM, D. D. *et al.* Reduced cardiovascular fitness associated with exposure to clazapine in individuals with chronic schizophrenia. **Psychiatry research**, Amsterdam, v. 262, p. 28-33. doi: 10.1016/j.psychres.2018.01.029.

PAES, M. R. *et al.* Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 479-484, 2009.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul. 2013.

SOUZA, A. C. S. **Incidentes com pacientes atendidos nos Centros de Atenção Psicossociais**: vivências da equipe de saúde. 2019. 260 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

SOUZA, L. M. da S. *et al.* Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03473, 2019. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007303473>.

TEIXEIRA, M. Z. Efeito rebote dos fármacos modernos: evento adverso grave desconhecido pelos profissionais da saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 6, p. 629-638, dez. 2013.
<https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.05.003>

SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

Mayane Santana de Oliveira Lopes

Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Atualmente, é enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde-DF, atuando na gestão de enfermagem em serviço de emergência. Membro do Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde (LABGEST/UnB). Integra o grupo condutor da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente - Polo Distrito Federal. Participa da Câmara Técnica de Segurança do Paciente do Conselho Regional de Enfermagem, Seção Distrito Federal (Coren-DF).

O tema Segurança do Paciente ganhou destaque nas instituições de saúde a partir do relatório do *Institute of Medicine* (IOM) “Errar é humano” (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), publicado em 2000. Esse relatório apontou que aproximadamente 100.000 pessoas morriam anualmente nos Estados Unidos da América em decorrência de falhas na assistência. Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e estabeleceu como meta que as instituições de saúde promovessem melhorias em seus processos assistenciais e ofertassem aos pacientes um atendimento de qualidade, livre de riscos e incidentes (WHO, 2006).

Na perspectiva de melhoria da qualidade dos serviços assistenciais, encontra-se inserido o Serviço Hospitalar de Emergência (SHE), local considerado como um ambiente com alto risco para a ocorrência de eventos adversos. Os motivos incluem alto volume de pacientes, necessidade de cuidados complexos presentes nesse serviço, ambiente de trabalho caracterizado por limitações de tempo, interrupções múltiplas, além de fatores como intervenções diagnósticas e terapêuticas de alto risco e níveis variáveis de treinamento médico (STANG *et al.*, 2013). Destaque-se, ainda, estudo recente que demonstrou taxa de incidência de evento adverso em SHE de 15%, sendo que as causas dos eventos adversos estiveram relacionadas às questões de diagnóstico, problemas de gestão e erros de medicação (ZHANG *et al.*, 2017).

COMO TORNAR O SHE MAIS SEGURO?

Tendo em vista que no SHE a superlotação e a sobrecarga de trabalho podem ser uma constante, as intervenções potenciais para enfrentar esse desafio envolvem estratégias para facilitar o início precoce do diagnóstico e do tratamento, a fim de se

manter a qualidade e a segurança no período em que o paciente permanece nesse setor do hospital. A seguir estão elencados quatro dispositivos considerados essenciais para a segurança do paciente nos SHE.

Acolhimento com Classificação de Risco

Estudo de revisão sistemática concluiu que são dois os fatores que impactam na segurança dos cuidados ofertados em SHE: o quantitativo de pacientes aguardando atendimento na sala de espera e a taxa de ocupação da unidade (STANG *et al.*, 2013). Assim, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é um instrumento de gestão organizacional dos serviços de emergência que busca organizar os serviços e o fluxo dos pacientes a partir da priorização dos que se encontram em maior estado de gravidade (BRASIL, 2009). Podem ser utilizados diversos protocolos, desde que o mesmo seja institucionalizado, sendo importante que todas as equipes do serviço de emergência se encontrem capacitadas e familiarizadas com o uso do protocolo institucional.

Melhoria da Comunicação em SHE

Manter uma comunicação efetiva neste cenário é um desafio, sendo utilizada como ferramenta para melhoria da segurança no serviço de emergência a passagem de plantão estruturada em todos os turnos de trabalho, a qual deve ser sistematizada, guiada por instrumento que padronize as informações. São consideradas informações mínimas a serem contempladas durante a passagem de plantão: identificação do paciente, motivo de internação, medicamentos em uso, alergias, resultado de exames relevantes, sinais vitais, alterações de exame físico, presença de dispositivos e precauções (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Destaca-se ainda a importância da implementação de um sistema de comunicação de eventos adversos, não punitivo. Hesselink *et al.* (2016) referem ser possível melhorar a segurança do paciente no SHE utilizando-se técnica retrospectiva de avaliação das falhas, em busca ativa em prontuário e/ou notificação de eventos adversos, para identificação desses e proposta de intervenções voltadas aos casos mais frequentes de erros. Outra forte recomendação é a implementação do prontuário eletrônico, uma vez que este é um facilitador para o processo de tomada de decisão clínica e possui, entre suas vantagens, maior segurança na prescrição e execução dos cuidados, evitando-se erros de dosagens, via de administração ou leitura equivocada do

cuidado prescrito, contribuindo, assim, para melhoria na qualidade da assistência à saúde do paciente (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Lacre no Carrinho de Parada Cardíaca

O carrinho de parada cardíaca em um atendimento emergencial é um equipamento que pode definir o fracasso ou o sucesso da reanimação cardiorrespiratória. Na ausência de qualquer insumo ou material necessário ao atendimento da situação de emergência, a segurança do paciente encontra-se ameaçada. Estudo inglês avaliou o efeito de um sistema de lacre numerado, o qual era instalado depois de conferência dos insumos e equipamentos; após ser rompido durante o atendimento da parada cardiorrespiratória, era realizada nova conferência de insumos e materiais para substituição do lacre, comparando o material contido no interior do carrinho com a lista padronizada. Verificou-se que a implementação do lacre no carrinho de parada levou a uma melhoria sustentada na provisão de itens e equipamentos de reanimação cardiopulmonar (DAVIES *et al.*, 2014).

Farmácia Clínica em SHE

Existem vários fatores relacionados aos erros de medicação: erro de prescrição, preparação, dispensação, apresentação, entrega, administração, fornecimento/requisição, armazenamento e monitorização (WHO, 2009). Como fator que pode diminuir a ocorrência de erros de medicação no SHE, foi identificada a implementação da farmácia clínica, que é mais comum nos EUA, diminuindo o tempo necessário para iniciar a terapêutica medicamentosa prescrita. Observou-se que a presença do farmacêutico possibilita maior segurança na prescrição e dispensação de medicamentos, além de atuar na conciliação medicamentosa e orientações do paciente para a alta hospitalar, fato que contribui para diminuir as reinternações por uso incorreto dos medicamentos (ROULET; ASSERAY; BALLEREAU, 2014). Ao analisar estratégias que contribuíram para minimizar erros de medicação em unidades de emergência, Mieirol *et al.* (2019) concluíram que a atuação do farmacêutico na análise da prescrição de medicamentos constituiu principal fator de redução dos erros de medicação.

Referências

ALMEIDA, M. J. G. G. *et al.* Discussão Ética sobre o Prontuário Eletrônico do Paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 521-527, set. 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01372015>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

DAVIES, M. *et al.* A simple solution for improving reliability of cardiac arrest equipment provision in hospital. **Resuscitation**, London, v. 85, n. 11, p. 1523-1526, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2014.07.021>

HESSELINK, G. *et al.* Improving the governance of patient safety in emergency care: a systematic review of interventions. **Bmj Open**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 01-13, jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009837>

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S.(Eds.). **To err is human: building a safer health system**. Washington (DC): The National Academies Press, 2000. <https://doi.org/10.17226/9728>

MIEIRO, D. B. *et al.* Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 307-314, fev. 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0658>

NASCIMENTO, J. da S. G. *et al.* Passagem de plantão como ferramenta de gestão para segurança do paciente. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 544-559, set. 2018. <https://doi.org/10.5902/2179769229412>

ROULET, L.; ASSERAY, N.; BALLEREAU, F. Establishing a pharmacy presence in the emergency department: opportunities and challenges in the French setting. **International Journal Of Clinical Pharmacy**, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 471-475, abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-014-9934-9>

STANG, A. S. *et al.* Adverse Events Related to Emergency Department Care: A Systematic Review. **Plos One**, [s. l.], v. 8, n. 9, p. e74214, set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0074214>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Word alliance for patient safety: Forward program 2006-2007**. Geneva: World Health Organization, 2006. 56 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69349/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 6 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety** (version 1.1). Geneva: World Health Organization, 2009. 153 p. (Final Technical Report). Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 6 jun. 2019.

ZHANG, E. *et al.* Adverse event and error of unexpected life-threatening events within 24 hours of ED admission. **The American Journal Of Emergency Medicine**, [s. l.], v. 35, n. 3, p. 479-483, mar. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.11.062>

SEÇÃO RELATOS DE EXPERIÊNCIA¹



INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO ÂMBITO DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Maria Gonçalves da Rocha Santos

Enfermeira graduada pela Universidade de Brasília. Membro do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Brasília/DF.

Kézia Ferreira do Espírito Santo Maciel

Integrante do Laboratório de Estudos em Gestão dos Serviços de Saúde (LABGEST) da Universidade de Brasília.

Lorena Cardoso Magalhães

Enfermeira graduada pela Universidade de Brasília. Membro do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital da Região Leste.

Viviane Franzoi da Silva

Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Membro do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital da Região Leste.

Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

Enfermeira. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Coordenadora da REBRAENSP-Polo DF. Membro do Conselho Gestor da REBRAENSP Nacional.

Paulo Henrique Fernandes dos Santos

Enfermeiro. Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília.

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em abril de 2013 pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, trouxe como um dos objetivos específicos a promoção e o apoio à implementação das ações voltadas à segurança do paciente, pela implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013a).

No mesmo ano, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 36, de 25 de julho de 2013, instituiu as normas de criação, o funcionamento e as competências dos núcleos. Entre seus princípios e diretrizes, destacam-se a disseminação da cultura de segurança, a articulação dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, no ano de 2017, foi instituído, na Universidade de Brasília, o projeto de extensão denominado “Programa de gerenciamento de risco e segurança do paciente”, com o intuito de apoiar a condução das ações dos NSP em instituições hospitalares públicas, promovendo ambientes para a formação teórico-prática no contexto do gerenciamento de risco e da segurança do paciente. O projeto é fundamentado na parceria ensino-serviço, tendo como eixo norteador o desenvolvimento de competências para o cuidado seguro.

O produto da aprendizagem da relação ensino-serviço possibilita a inserção de um novo olhar para as fragilidades, potencialidades e proposição de mudanças na organização do trabalho por intermédio do desenvolvimento estratégico e colaborativo de discentes, docentes e profissionais dos setores que promovem a qualidade do serviço e formação profissional (SALES; MARIN; SILVA FILHO, 2015).

Nesse contexto, a relação acadêmica e profissional proporciona um suporte para melhorias e ações desses núcleos, os quais são fortalecidos com o apoio e disseminação das ações em prol do paciente e consolidação da cultura de segurança.

OBJETIVO

Relatar a experiência do projeto de extensão denominado “Programa de gerenciamento de risco e segurança do paciente” junto ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) de um hospital público do Distrito Federal, no ano de 2018.

DESCRIÇÃO DA EXECUÇÃO

A experiência refere-se às atividades desenvolvidas no NQSP de um hospital público de uma região administrativa do Distrito Federal em parceria com o projeto de extensão vinculado à Universidade de Brasília, no ano de 2018. O projeto é composto por estudantes, professores de enfermagem e por profissionais que atuam nos serviços de saúde, especificamente no NQSP.

A imersão dos alunos foi precedida por treinamentos junto à Gerência de Risco da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para apresentação e discussão dos indicadores de segurança do paciente nas instituições de saúde, bem como estudos prévios, que qualificaram os membros. O plano de ação fundamentou-se nas metas internacionais de segurança do paciente preconizadas pela Organização Mundial de Saúde: identificar corretamente os pacientes; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e de lesão por pressão.

Algumas ações desenvolvidas pelos estudantes no núcleo merecem destaque como: abordagem das metas internacionais de segurança do paciente em ações educativas; elaboração, aprimoramento e atualização de protocolos e procedimentos operacionais padrões; análise e melhoria dos processos de trabalho; criação, monitoramento e acompanhamento de indicadores próprios da segurança do paciente, com retorno percentual e comparativo à alta liderança e aos servidores para conscientização e participação nos processos de mudança.

Os estudantes também contribuíram para a sensibilização quanto às notificações de incidentes, com implantação da notificação impressa e divulgação da notificação por meio eletrônico; participação nas rondas setoriais, com *feedbacks* aos cenários sobre as conformidades e/ou inconformidades encontradas; desenvolvimento de técnicas observacionais e de aperfeiçoamento; além de desenvolvimento de habilidades gerenciais por parte dos alunos e implementação da educação permanente por parte dos profissionais do núcleo, com trocas exitosas e recíprocas.

ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS

Atualmente, o núcleo está se fortalecendo e ampliando suas ações diante da relevância desse serviço para a instituição de saúde, uma vez que o trabalho realizado

tem disseminado os conceitos de Segurança do Paciente. Alguns setores encontram-se ainda incipientes e resistentes às mudanças, visto que o movimento em prol da segurança gera impacto nas práticas desempenhadas, as quais precisam ser revistas e repensadas em consonância com protocolos e motivadas pela supervisão. Porém, ressalta-se o retorno positivo recebido pelos profissionais durante as visitas setoriais, em práticas educativas, nas devolutivas de enfermeiros supervisores e na avaliação da alta gestão.

Ressaltam-se alguns desafios identificados como o déficit de profissionais para ronda diária e busca ativa de incidentes nos prontuários, a falta de insumos para cumprimento das metas, dentre outros recursos. Esse cenário, por vezes, inviabiliza as intervenções com agilidade e a curto prazo, sendo necessária a busca por outros meios para adequação ou apropriação de alguns itens.

Pontua-se também a falta de motivação de alguns profissionais de saúde que se sentem sobrecarregados e estressados pela alta demanda de trabalho e que sofrem com a precarização dos recursos humanos e materiais, apresentando baixa adesão, compromisso e responsabilidade com as mudanças fundamentadas nas metas de segurança do paciente, o que implica maior empenho do NQSP para tentar reverter e motivar esse servidor.

LIÇÕES APRENDIDAS E CONTRIBUIÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Conclui-se que é fundamental a articulação ensino-serviço no contexto do PNSP, contribuindo na idealização, elaboração, implementação e execução das ações que fomentam as medidas necessárias para o cuidado seguro e a apropriação da cultura de segurança pelos profissionais de saúde, bem como para a formação e capacitação dos estudantes extensionistas.

Referências

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 43, 2 abr. 2013a. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 12 ago. 2019.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras

providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 143, p. 32, 26 jul. 2013b. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
Acesso em: 12 ago. 2019.

SALES, P. R. de S.; MARIN, M. J. S.; SILVA FILHO, C. R. da. Integração academia-serviço na formação de enfermeiros em um hospital de ensino. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 675-693, dez. 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000300675&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2019.



PREVENÇÃO DE QUEDAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

Janine Araújo Montefusco Vale

Técnica de Enfermagem. Bacharel em Ciências Biológicas. Especialista em Gestão da Clínica. Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. MBA Executivo em desenvolvimento do Potencial Humano e Psicologia Positiva. Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Regional da Asa Norte. Consultora em saúde do Escritório de Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital São Francisco-DF.

Monica Lys Furtado Gonçalves

Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí. Enfermeira do trabalho pela FAC Lions. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Brasília. Especialista em Saúde com ênfase em Saúde da Família pela Universidade Castelo Branco. Supervisora da Unidade de Clínica Médica HRAN. Supervisora da Unidade de Cirurgia Geral HRAN. Gerente de Enfermagem do HRAN.

INTRODUÇÃO

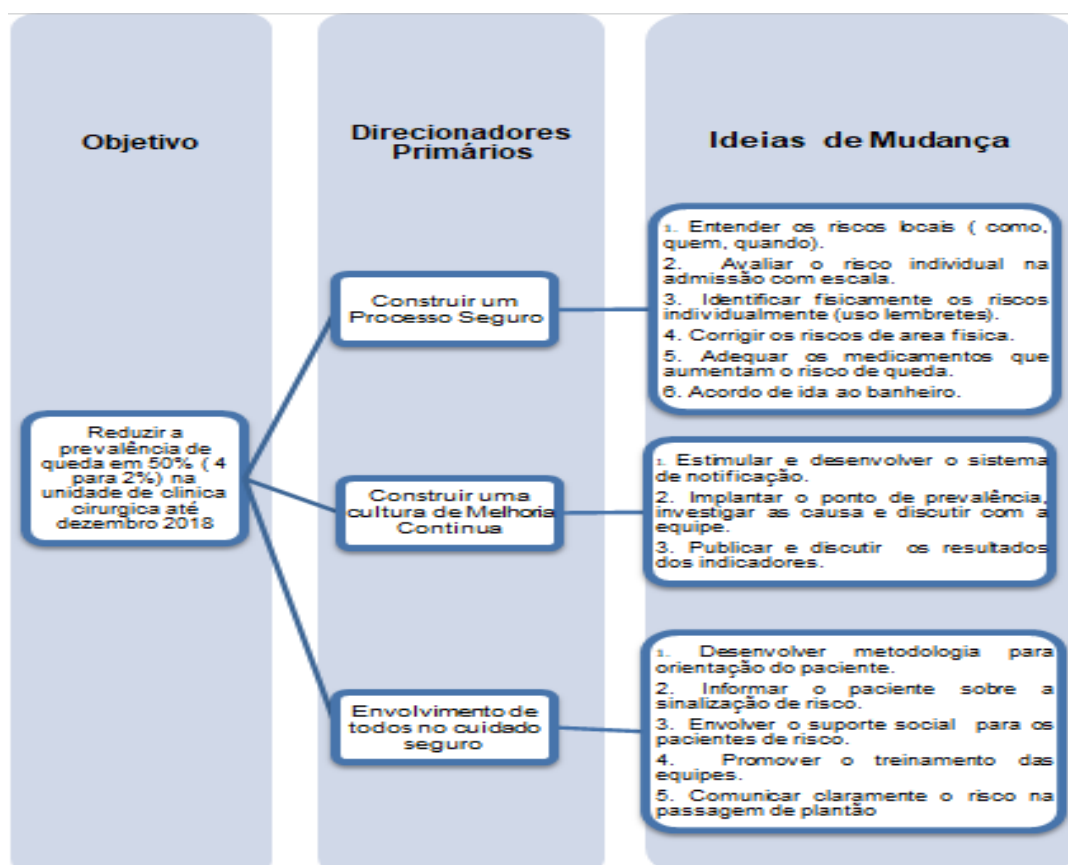
Globalmente, as quedas são um grande problema de saúde pública. Estima-se que 646.000 fatais quedas ocorrem a cada ano, tornando-se a segunda principal causa de mortes por ferimentos acidentais ou não intencionais em todo o mundo (WHO, 2018). As estratégias de prevenção de quedas devem ser abrangentes e priorizar fatores de risco variáveis (WHO, 2018). A queda possui diferentes definições na literatura, e o conceito utilizado foi o da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG): “[...] deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstância multifatorial comprometendo a estabilidade” (BUKSMAN *et al.*, 2008, p. 3).

METODOLOGIA

Foi utilizado o modelo de melhoria proposto pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) para a implantação do protocolo de prevenção de quedas. O modelo de melhoria consiste em duas partes. A primeira baseia-se na reflexão de três questões fundamentais: 1. O que queremos realizar? 2. Como saberemos se a mudança é uma melhoria? 3. Quais mudanças poderemos fazer que resultarão em melhoria? A segunda parte consiste do aprendizado e ações, realização dos testes em pequenas escalas, por meio de ciclos do PDSA (*Plan, Do, Study e Act*). As ideias de mudança foram realizadas de acordo com Diagrama Direcionador (DD) (Figura 1).

☞ **DICA 1:** Antes de iniciar a implantação da meta, realize o diagnóstico inicial.

Figura 1. Diagrama Direcionador (DD) para protocolo de queda.



Fonte: Elaborado pelos autores.

☞ **DICA 2:** Revise o Diagrama direcionador junto com a equipe da unidade.

UNIDADE PILOTO

O cenário escolhido para a intervenção foi a Clínica Cirúrgica. Para a escolha, levou-se em consideração o perfil de pacientes e a disponibilidade da equipe (abertura a mudanças), já que a maioria das intervenções de melhoria de qualidade tem como objetivo introduzir mudanças nos processos de trabalho e comportamento dos colaboradores, possibilitando um ambiente de aprendizado e compartilhamento com outros profissionais.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS

Para implementação do protocolo de quedas (SES-DF, 2019), foram realizados os testes de mudanças, adaptando-os ao contexto particular da organização, garantindo a sustentabilidade ao longo do tempo, em conjunto dos profissionais e também dos próprios pacientes e familiares. Para guiar essa implementação, será apresentada a experiência dividida em nove ações principais.

CONSTRUINDO UM PROCESSO SEGURO

Ação 1: Principais causas de queda - Identifique e analise a causa raiz das principais quedas notificadas na instituição com a equipe multiprofissional. Nesta ação, foi utilizado o Diagrama de *Ishikawa*.

Ação 2: Avaliação do risco de queda na admissão, através de uma escala de risco - Utiliza-se a *Morse Fall Scale* (MORSE; MORSE; TYLKO, 1989). Defina a escala para avaliação do risco de acordo com perfil dos pacientes. Todos os pacientes devem ser avaliados na admissão. Além da escala, os pacientes são avaliados quanto ao risco de dano para hemorragia (uso anticoagulantes) e fraturas (fragilidade óssea, osteoporose).

Ação 3: Lembretes para pacientes de risco - Todos os pacientes, após avaliação, recebem identificação do risco na placa de leito, na passagem de plantão, além de registrar a informação no prontuário. Os pacientes de alto risco para queda e risco de dano (fratura ou hemorragia) ganham lembretes adicionais: alerta no prontuário com as medidas preventivas, Carimbo de Risco Alto, ronda noturna na prescrição e pulseira na cor laranja.

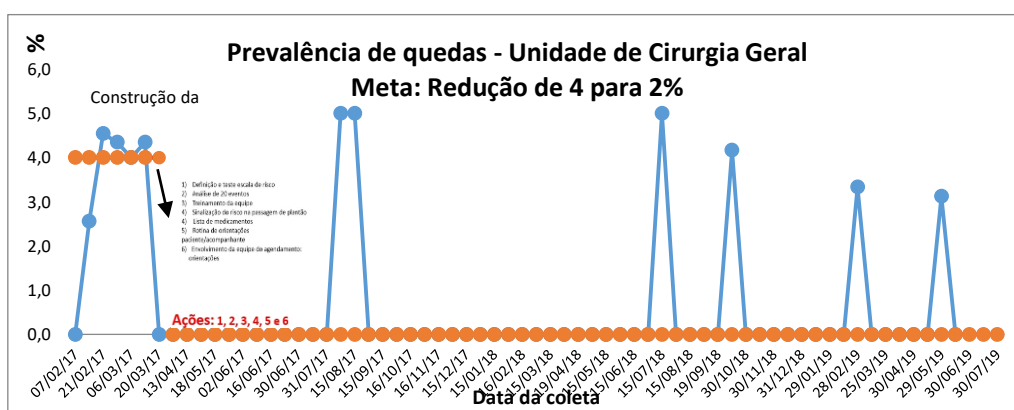
Ação 4: Corrigir os riscos físicos - Apesar das dificuldades para adequação da estrutura física, algumas medidas foram importantes: 1. Solicitação, por telefone, de roupas adequadas e calçado antiderrapante antes da internação (pacientes eletivos); no caso de pacientes sem condição, é acionado o serviço social. 2. *Layout* (lembrete) fixado na parede com posicionamento dos móveis na enfermaria, associado à orientação diária. 3. Instalação de barras nos banheiros.

Ação 5: Acordo de ir ao banheiro - Pacientes de alto risco recebem a ronda noturna às 02h00min e 04h00min. Durante a ronda, a equipe verifica se o paciente está acordado, se precisa de ajuda para ir ao banheiro e se as grades do leito estão elevadas.

PROMOVENDO A CULTURA DE MELHORIA CONTÍNUA

Ação 6: Mensuração e manutenção das metas - A coleta dos dados foi padronizada com a utilização de planilhas de excel®, e sua consolidação foi disposta em gráficos de tendências e mediana para facilitar a visualização e análise da evolução do processo de melhoria (Figura 2). Verificou-se melhoria dos indicadores de **resultado** (incidência e prevalência de queda) e de **processos** (avaliação dos riscos na admissão, medidas preventivas), além da redução do número de quedas, configurando evento raro na unidade e, portanto, foi constituído um novo indicador de mensuração: **dias sem queda**.

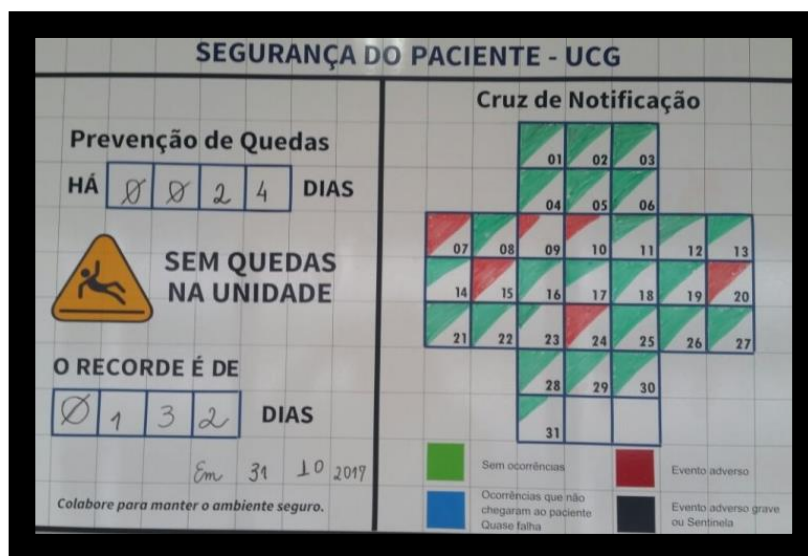
Figura 2. Gráfico de Tendência Prevalência de Queda.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Ação 7: Estimular as notificações - Para incentivar as notificações, foi colocado um quadro de gestão visual com dias sem queda e cruz de notificação (Figura 3) para informar sobre os eventos adversos que ocorrem na unidade.

Figura 3. Quadro de Gestão à Vista: Dias sem quedas e Cruz de Notificação



Fonte: Cedido pela Unidade Piloto.

ENVOLVIMENTO DE TODOS NO CUIDADO SEGURO

Ação 8: Envolvimento do paciente e família - Inserido desde o roteiro de admissão, são oferecidas orientações em fôlderes, cartazes, reunião semanal com familiares e visitas diárias dos enfermeiros. Também é entregue um crachá informativo aos acompanhantes, garantindo que as medidas preventivas sejam transmitidas na troca de acompanhantes.

Ação 9: Envolvimento da equipe - Realizadas reuniões, rondas, treinamentos, rodas de conversa para discussão das ideias de mudanças, gerenciamento dos indicadores e reconhecimento dos resultados. As equipes devem compartilhar sua experiência com outras equipes para que possam aprender e disseminar as melhorias em outras unidades da instituição.

DICA 3: Envolve desde o início a equipe e os pacientes, criando um ambiente colaborativo e de aprendizagem, compartilhando as ideias.

LIÇÕES APRENDIDAS

A importância de implantar estratégias com a equipe multiprofissional e envolvimento dos pacientes e familiares foi fundamental para a construção de um processo seguro. Mesmo não havendo investimento financeiro para a melhoria da condição estrutural, as medidas implantadas se mostraram efetivas, com redução da prevalência de quedas para zero. A equipe colaborou para disseminação da cultura de segurança do paciente e redução dos eventos adversos relacionados à queda. Como forma de reconhecimento, foram realizadas ações para celebração e entrega de prêmios aos profissionais de saúde.

Referências

BUKSMAN, S. *et al.* (orgs.). **Queda em Idosos: Prevenção**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008. (Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina). Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>. Acesso em: 1º jul. 2019.

MORSE, J.; MORSE, R.; TYLKO, S. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. **Canadian Journal on Aging**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 366-377, 1989. doi:10.1017/S0714980800008576

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Protocolo de Prevenção de Queda - Meta 06: Segurança do paciente**. Brasília, DF: HRAN, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on falls prevention in older age**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>. Acesso em: 2 jul. 2018.



AValiação E Manejo Perioperatório Qualificado E Seguro: Experiência De Um Serviço Distrital De Medicina Perioperatória

Glaysom Carlos Miranda Verner

Coordenador da Gerência Cirúrgica e da Unidade de Anestesiologia e Medicina Perioperatório do Hospital Regional do Gama. Preceptor do Programa de Residência Médica em Anestesiologia e Medicina Perioperatória do Hospital Regional do Gama. Colaborador do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico da Secretária de Saúde do Distrito Federal. Coordenador do Ambulatório Multiprofissional de Medicina e Enfermagem do Hospital Regional do Gama. Mestrando em Engenharia Biomédica da Universidade de Brasília

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico da Secretária de Saúde do Distrito Federal.

Rayanne Cristina Araújo Balbino

Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Regional do Gama. Mestranda em Avaliação em Saúde pela Fiocruz.

INTRODUÇÃO

A Medicina Perioperatória, Paciente Cirúrgico e o Período Perioperatório

A Medicina Perioperatória (MPO) é a prática da medicina que abrange todos os aspectos da atenção ao paciente (SAIDMAN, 1995). A MPO objetiva, principalmente, promover avaliação e manejo qualificado (AMP) e seguro do paciente cirúrgico em todas as fases do período perioperatório, o que pode incluir o uso de várias estratégias, como o trabalho multiprofissional, o cuidado integral e suportado pelas melhores práticas.

A EXPERIÊNCIA DISTRITAL DO SERVIÇO DE MEDICINA PERIOPERATÓRIA

Implementação, consolidação, missão, visão e valores do serviço

O serviço de MPO do Hospital Regional do Gama (HRG) foi fundado em junho de 2014. Decorridos cinco anos de implementação, superados vários estágios de maturação, ampliado e disciplinado vários de seus processos de trabalho e fortalecido seus pilares constitutivos, o serviço tem se consolidado como uma interessante alternativa de modelo em MPO.

Sob a perspectiva de modelos organizacionais, a iniciativa distrital tem adotado como visão ser um modelo de excelência em AMP, como missão, ser um modelo ideal de negócios em AMP de pacientes candidatos a procedimento e intervenções cirúrgicas e têm seus valores fulcrados nos pilares da qualidade e segurança perioperatórios, no trabalho multiprofissional e transdisciplinar, no cuidado individualizado, integral, holístico e suportado por práticas baseada em evidências (PBE), por sistemas de multiestratificações de riscos, pela educação e pesquisa.

Os processos de trabalho, os modelos assistenciais, a qualidade e a segurança

A organização e o gerenciamento do processo de trabalho são a principal ferramenta desenvolvida. Fluxos operacionais pactuados e continuamente reavaliados de AMP delineiam o trânsito intrainstitucional do paciente, otimizam a racionalidade do processo e a qualidade e segurança da assistência.

Da mesma forma que ocorre com a organização da atenção, os papéis profissionais e as interações interprofissionais e paciente-profissional encontram-se disciplinados.

As intervenções multiprofissionais se dão tanto em nível ambulatorial como em enfermarias cirúrgicas, destacando-se avaliações pré-operatórias (consulta com equipe cirúrgica; consultas de enfermagem: de triagem, ambulatorial, de parecer de enfermaria, de admissão em pré-operatório imediato; consulta farmacêutica ambulatorial; consulta médica: ambulatorial e de parecer de enfermaria) e pós-operatórias (consultas de pós-operatório imediato e ambulatorial).

O atendimento ambulatorial encontra-se perfilado para atendimento em dois níveis (“alto e baixo risco”), dependendo da complexidade clínico-cirúrgica do paciente.

São utilizadas guias para recomendação de exames pré-operatórios e de antibioticoterapia perioperatória e outras estratégias especializadas de assistência clínica e segurança na assistência perioperatória.

Individualização do risco e do cuidado, discussões transdisciplinares e diretrizes clínicas de AMP emanadas pelas principais sociedades profissionais delineiam o modelo clínico assistencial e norteiam o processo de tomada de decisão.

Protocolos específicos de segurança são utilizados no serviço: institucionalização da consulta pré-operatória anestésica; emprego do Registro Eletrônico de Saúde institucional e de questionários/formulários eletrônicos estruturados; *checklists* perioperatórios; sistematização de mecanismos de alerta, da avaliação de preditores de via aérea difícil e do manejo do risco tromboembólico perioperatórios; aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O multiprofissionalismo, o processo de tomada de decisão, a transdisciplinaridade e o sistema de multiestratificações

A equipe multiprofissional (“time perioperatório”) diretamente envolvida com a MPO é composta por servidores e estudantes (residentes e acadêmicos) das áreas da anestesiologia, enfermagem e farmácia.

O time promove o processo de tomada de decisão a partir do modelo centrado no paciente e dos sistemas de multiestratificações de riscos em um fluxo concorrencial suportado por discussão multiprofissional, transdisciplinar e pela PBE.

Os sistemas de multiestratificações de riscos são aplicados durante as consultas perioperatórias e auxiliam na definição do estágio de controle de algumas morbidades e de alguns tipos de riscos de interesse perioperatório. Esses riscos podem ser simplificados resumidos em cardíacos (índice ACP-Detsky, Índice de Risco Cardíaco Revisado de Lee (IRCR) e ACS-NSQIP) e não cardíacos (*American Society of Anesthesiologists (ASA) - New York Heart Association*, risco de síndrome da apneia obstrutiva do sono - escore Stop-BANG -, manejo do risco tromboembólico perioperatórios - TEV-*Safety Zone* -, estimativa do índice de massa corporal, da capacidade funcional, classificação clínica de insuficiência venosa, etc.)

O processo de ensino-aprendizagem, a capacitação continuada e a pesquisa em serviço

O processo de ensino-aprendizagem é promovido por meio da integração de programas de residência (anestesiologia e enfermagem) e de graduação (farmácia). As atividades educacionais (aulas, sessões clínico-científicas, discussões temáticas multiprofissionais) são conjuntas e dão suporte a um programa de educação continuada do time perioperatório e de servidores da instituição. A produção e divulgação técnico-científica são constantes e consequentes ao desenvolvimento de pesquisas e trabalhos de conclusão de estágio.

RESULTADOS

A experiência distrital ultrapassou a marca de 16 mil avaliações perioperatórias. O modelo instituiu o gerenciamento perioperatório, mantém vários programas de segurança (TEV *Safety Zone*; conciliação medicamentosa; antibioticoterapia perioperatória) e estruturou um conjunto sistematizado e qualificado de dados estatísticos e clínico-epidemiológicos perioperatórios, que têm possibilitado maior qualidade e segurança na informação e geração de indicadores úteis à política da avaliação de resultados e ajustes do modelo, à educação e dezenas de pesquisas. Além disso, tem colaborado na formação de diversos profissionais e promovido educação continuada na instituição. Como forma de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido pelo ambulatório, ressalta-se o prêmio recebido pelo INOVA SUS, durante a I Mostra de Experiência Inovadoras do SUS no Distrito Federal, no ano de 2017.

Referências

ASSAD, A. R. *et al* (eds). **Curso de Educação a Distância em Anestesiologia**. 10. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2010. (volume X)

BRASIL. Resolução CFM nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 39, p. 75-76-84, 27 fev. 2018.

SAIDMAN, J. S. The 33rd Rovestine Lecture: What I Have Learned from 9 Years and 9,000 Papers. **Anesthesiology**, Philadelphia, v. 83, n. 1, p.191-197, 1995. doi: 10.1097/00000542-199507000-00022

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO.

Práticas recomendadas da SOBECC: centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterelização. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.



PROJETO MELHORANDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rayanne Cristina Araújo Balbino

Enfermeira. Servidora do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Regional do Gama; E-mail: rayannecristina001@gmail.com

Daniel Sued Campos Barbosa

Acadêmico de Enfermagem e estagiário do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Regional do Gama. E-mail: suedniel@gmail.com

Jesana Adornos Soares Costa

Enfermeira. Servidora da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Gama. E-mail: jesanaenf@gmail.com

INTRODUÇÃO

Consoante ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013, 2014), o “Projeto Saúde em Nossas Mãos - Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil” trouxe o *know-how* de cinco hospitais referências em qualidade médico-hospitalar, participantes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). O objetivo do Projeto é assessorar Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para implementar ou aprimorar a execução de ações relacionadas à segurança do paciente, com o intuito de promover ações direcionadas na prevenção e/ou redução de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), em específico, da infecção primária de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (IPCS-CVC), da infecção do trato urinário associado ao cateter vesical de demora (ITU-AC) e da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV). A incumbência desse Projeto é aprimorar os cuidados aos pacientes, minimizando os desperdícios e reduzindo os custos hospitalares (SEGURANÇA..., 2019).

Para se alcançar as metas supracitadas, são necessárias mudanças em inúmeros aspectos, especialmente no processo de trabalho setorial. Este é definido como a dimensão microscópica da prática diária do trabalho, em que a palavra processo se traduz na sucessão de estados de um conjunto que se modifica e a palavra trabalho é a resultante das necessidades humanas, que sobrepõe os aspectos tocantes à sobrevivência, podendo este se modificar com o tempo (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2012; SANNA, 2007).

Diante disso, este estudo visa compartilhar a experiência vivenciada no Projeto Saúde em Nossas Mãos, descrevendo e analisando, sucintamente, os processos de melhoria para o diagnóstico e prevenção das IRAS em uma UTI Adulto de um Hospital Público do Distrito Federal (DF), que está sendo monitorado pelo Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre/RS, por meio do projeto PROADI-SUS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo que utiliza a metodologia denominada de Modelo de Melhoria, sendo esta uma sistematização que visa utilizar estratégias de interação e aprendizagem multidisciplinar com o intuito de conduzir os servidores do setor a níveis progressivamente melhores, por meio da partilha de saberes, construção coletiva, supervisão dos resultados e compartilhamento das melhores soluções encontradas para superação de determinado problema.

Utilizando-se da Ciência de Melhoria e implementando por meio da ferramenta de PDSA (método iterativo de gestão de quatro passos: *Plan, Do, Study, Act*), os testes de mudanças foram realizadas em pequena escala na UTI, que é composta de 16 leitos, com tempo de permanência média de 14 dias.

Traçou-se a meta finalística de redução em 50% das IRAS até 2020. Nesse contexto, para a implementação das ações, foi constituído um time de melhoria composto por profissionais de saúde e iniciaram-se as ações, baseadas nos Diagramas Direcionadores (DD), que trouxeram os *bundles* (ITU, PAV, IPCLS) com pacotes de intervenções nas inserções e manutenções dos dispositivos invasivos e, também, inclusão do paciente/família no processo de cuidar, fomentando o cuidado centrado no paciente e contribuindo para a melhoria da assistência e da qualidade do serviço de saúde.

Predominantemente para as ações de melhoria, foram formadas equipes na linha de frente, que atuaram nas ações de cada *bundle* para ampliação da vigilância e do

monitoramento dos indicadores referentes aos pacotes de cuidados, além de reuniões periódicas para discussão e alinhamento dos processos de trabalho para combater as IRAS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto intervencionista na UTI teve seu início em dezembro de 2017 e celebrou seus 18 meses de existência em agosto de 2019, trazendo grandes resultados e mostrando que a estratégia proposta alcançou o objetivo. Em nível nacional, o projeto superou a expectativa de reduzir 30% das três infecções, evitando 2.888 episódios de infecção e salvando outras 988 vidas, proporcionando uma expressiva economia ao Sistema Único de Saúde (SEGURANÇA..., 2019).

Em análise aos relatórios mensais de cunho local, foi possível a identificação da redução da densidade de incidência de IPCS-CVC, da PAV e de ITU-AC, pois todas as taxas apresentaram mudanças significativas durante os meses em que foram observados, conduzindo a experimentar a redução de mais de 30% das IRAS na UTI e evidenciando, assim, que as práticas seguras reduzem riscos, tempo de permanência na UTI e custo na prestação de cuidados.

Para a efetiva redução das IRAS da UTI, foi necessária a utilização de *bundles* para que resultados efetivos fossem alcançados e, para isso, os profissionais do respectivo setor tiveram total relevância, sendo a equipe de enfermagem o carro-chefe para a implementação das melhorias e fortalecimento do cuidado centrado no paciente. A integração da equipe multidisciplinar, sem dúvida, foi o maior ganho, pelo alinhamento das atribuições e atividades diárias, pois possibilitou implementar a meta de cuidado diário, *rounds* multidisciplinares à beira-leito, com discussão de caso com participação da equipe, e, em alguns casos, integração da família e do próprio paciente, o que resultou na melhoria dos processos de trabalho. Obteve-se, também, como ganho a adesão de ações humanizadas, como: placa de identificação com o que importa para o paciente, visitas musicais, corte de cabelo e até mesmo comemoração de aniversário do paciente juntamente com sua família, somado aos esforços da equipe de levar o paciente a um banho de sol.

Entretanto, cabe ressaltar como dificuldades principais: o engajamento total da equipe da UTI, no qual se estima que cerca de 30% dos profissionais do setor não se engajaram na mudança cultural do trabalho; as dificuldades no cumprimento das

técnicas adequadas, estipuladas pelos *bundles* para uma assistência segura; a falta de insumos; e a integração efetiva dos trabalhadores da gestão com os da assistência.

Brachine, Peterline e Pedreira (2012) afirmam, em sua pesquisa de revisão integrativa, que a grande parte dos estudos demonstrou, estatisticamente, que a utilização de *bundles* reduziu a incidência de IPCS-CVC, sendo o mesmo dado encontrado por Silva, Nascimento e Salles. (2012), em estudos referentes à utilização de *bundles* para redução de PAV, e por Farias, Nascimento e Souza (2019), em artigo relacionado à utilização de *bundles* para a redução da ITU-AC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que a estratégia adotada pelo Projeto corrobora para um crescimento exponencial naquilo que fora proposto, mas deve-se ressaltar que os pontos positivos, aqui elencados, antes se apresentavam como propostas que necessitaram de intervenções e adequações para que, assim, cumprissem com o propósito de reduzir as IRAS. Quando se analisa todo o processo de construção ao longo do Projeto, os resultados demonstram a relevância de se aprender também com as dificuldades, sendo essas, em alguma das vezes, por falta de insumo, inadequação e fragilidade dos processos setoriais e organizacionais. Entretanto, a concepção de que todos são passíveis de ensinar e de aprender configurou-se em um fortalecimento da equipe multidisciplinar e possibilitou resultados não só com a redução das IRAS, mas também implementou processos de trabalho que se mostraram eficientes no referido serviço, controlando as dificuldades e elevando-as a oportunidade de melhoria.

Ao proporcionar a melhoria de processo, que cientificamente é comprovada, tem sua relevância para redução desses agravos (IRAS), consolidando estratégias importantes, além do aperfeiçoamento profissional que proporciona à equipe e os inúmeros benefícios, diretamente, dirigidos aos pacientes, fomentando o cuidado seguro no hospital.

Referências

BRACHINE, J. D. P.; PETERLINE, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. Método Bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 200-210, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400025. Acesso em: 23 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BRASIL. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 43, 2 abr. 2013.

SILVA, S. G. da; NASCIMENTO, E; R. P.do; SALLES, R. K. de. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 837-844, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 ago. 2019.

SEGURANÇA do paciente. [S. l.: s. n.], 2019. PROADI-SUS-V5_v5(1). (3min27s). Publicado pelo canal Vimeo. Disponível em: <https://vimeo.com/354955819/467431484c>. Acesso em: 30 ago. 2019.

FARIAS, R. C.; NASCIMENTO, C. C. L. do; SOUZA, M. W. O. de. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: elaboração de Bundle. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 11, n. 11, p. e510- e510, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/510>. Acesso em: 23 ago. 2019.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Dicionário da Educação Profissional em Saúde: ENSP/FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 22 ago. 2019.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, abr. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>

¹ Todas as fotos foram disponibilizadas pelos autores e cedidas para publicação na elaboração desses relatos de experiência. O material construído é de responsabilidade dos autores envolvidos.

