

# Anais do II Simpósio Norte de Qualidade e Segurança do Paciente, 2019; 07-41.



II SIMPÓSIO *Norte*  
DE QUALIDADE  
E SEGURANÇA  
DO PACIENTE

23 e 24 de agosto

**CENTRO DE CONVENÇÕES DO AMAZONAS VASCO VASQUES**  
Manaus - Amazonas



**ACERVO**  
Mais Revistas

As publicações mais rápidas do país!





Teatro Amazonas. Foto: Michael Dantas



## Comissão Organizadora



**DENISE  
NUNES**

*Presidente de honra*



**LIANE DE OLIVEIRA  
CAVALCANTE**

*Presidente*



**PAULO HENRIQUE  
DE OLIVEIRA**



**SAYONARA  
OLIVEIRA**

## Comissão Científica



**BRUNA MONTEIRO  
RODRIGUES**  
*Presidente*



**ANA CYRA  
DOS SANTOS  
LUCAS**



**AMANDA  
CARDELIS LINS**



**IGOR RAFAEL DOS  
SANTOS MAGALHÃES**



**LIANE DE OLIVEIRA  
CAVALCANTE**



## Membros externos



ALLAN KERN



IVANY VINHOTE



## SUMÁRIO

Farmácia clínica: Manejo seguro de medicamentos em cirurgia.....	7
Farmacovigilância do uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos hospitalizados no HUGV em 2018 .....	9
Gerenciamento de risco aplicado em um Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação.....	11
Perfil da prescrição de antibioticoprofilaxia cirúrgica em um hospital público de Manaus.....	13
Incidentes de segurança do paciente envolvendo prontuários na atenção primária à saúde da cidade de Manaus-AM.....	15
Habilidades de comunicação e incidentes de segurança do paciente na atenção primária à saúde da cidade de Manaus-AM.....	17
Safecare: Gestão para segurança do paciente clínico e cirúrgico .....	19
A importância da adesão ao <i>checklist</i> como instrumento de segurança do paciente no período perioperatório: Revisão integrativa.....	21
Experiência do paciente no âmbito cirúrgico: o primeiro passo para uma assistência de qualidade e segurança com êxito .....	23
Vigilância em foco: recomendações para minimizar o risco de suicídio entre pacientes hospitalizados .....	26
Implantação do núcleo de segurança do paciente em um hospital privado de Manaus: Relato de experiência .....	28
Segurança do paciente como tema da educação permanente em uma unidade básica de saúde da periferia de Manaus-AM .....	31
O impacto dos erros de medicação na segurança do paciente.....	33
Segurança do paciente: o manejo e conservação da insulina.....	36
Importância da reconciliação medicamentosa na segurança do paciente.....	38
Metas internacionais de segurança do paciente: o <i>checklist</i> e o enfermeiro à frente da equipe multiprofissional cirúrgica .....	40



Segurança do paciente: relato de implementação de placas de identificação à beira leito em um hospital público infantil do Estado do Amazonas .....	43
Abordagem da segurança do paciente no transporte intra-hospitalar: revisão integrativa.....	45



## Farmácia clínica: Manejo seguro de medicamentos em cirurgia

Clinical Pharmacy: Safe Drug Management in Surgery

Gabriel Oliveira de Souza, Bruna Monteiro Rodrigues, Edinaira Sulany Oliveira de Sousa, Eber Rito Macedo, Vivian Pereira do Nascimento.

Hospital Universitário Getúlio Vargas

### RESUMO

O manejo de medicamentos no ambiente cirúrgico tende a ser complexo e dinâmico o que em muitos casos está relacionado a erros de medicamentos como a troca de seringas e administração de medicamentos trocados que pode resultar no agravamento do quadro geral do paciente, danos, aumento do tempo de internação ou até mesmo no pior dos casos em óbito (1). Estudos comprovam que a sinalização por meios visuais é a maneira mais segura para prevenção desse tipo de evento adverso (2). O instituto para práticas seguras no uso de medicamentos publicou uma lista de recomendações para uso seguro de medicamentos em cirurgia que visa justamente a diminuição e eliminação desses eventos adversos (3). Objetivos: Implantar sistema de identificação por cores de medicamentos usados em cirurgia. Metodologia: Trata-se de um estudo prospectivo com intervenção e avaliação antes e depois no centro cirúrgico do Hospital Universitário de Manaus no período de 2017 a 2019. Inicialmente foram identificados por meio de relato voluntário por parte da equipe cirúrgica erros relacionados a medicamentos no período de 2017. Em janeiro de 2018 foi elaborado um sistema de etiquetas por cores, recomendado pelo instituto para práticas seguras no uso de medicamentos - ISMP e então implantado no setor. Após treinamento e divulgação junto a equipe do centro cirúrgico, foram acompanhados durante 12 meses e os 6 primeiros meses de 2019 eventos relacionados erros com medicamentos em relação a troca de medicação ou administração de medicamentos errados. Resultados e discussão: Em 2017 foram relatos de forma voluntária ao serviço de farmácia do centro cirúrgico 34 casos relacionados erros de medicamentos, dos quais 25 foram erros de administração de medicamentos. Após a implantação do novo sistema de dispensação em 2018 foram notificados apenas 8 erros relacionados medicamentos sendo apenas 2 relacionados administração de medicamentos. Em 2019, com a intensificação das ações educativas e padronização do uso das etiquetas, até o primeiro semestre foram zero os casos de erros relacionados a administração incorreta de medicamentos. O risco de ocorrência de erros de medicação durante a anestesia é significativo, sendo mais frequentes a troca e confusão entre seringas e/ou ampolas mal identificadas durante o período intraoperatório. O novo sistema de dispensação por cores de acordo com o boletim do ISMP foi compatível com a literatura quando se mostrou significativa na redução dos índices de erros relacionados a administração incorreta



de medicamentos na hora da cirurgia, diminuindo intercorrências, tempos de internação e até mesmo óbitos relacionados esses eventos. Conclusão/ Considerações finais: A padronização dos processos de uso de medicamentos com o apoio da ferramenta (etiquetas coloridas de sinalização padronizadas) e a educação continuada, incentiva práticas que promovem segurança ao paciente no momento da cirurgia (3). A construção das etiquetas sinalizadoras levou em consideração o tamanho, a grafia, a fonte e cor, tudo visando a eficiência da sinalização e a melhor repetitividade por parte dos médicos anestesiológicos. Isto resultou no índice zero de erros relacionados a esses eventos no serviço de cirurgia do hospital (2018 a 2019). Até o momento a prática do investimento na ação tem se mostrado vantajosa na prevenção e segurança ao paciente, impactando diretamente na qualidade do serviço prestado a nossos clientes. Entretanto uso de cores e etiquetas de alerta fazem parte de um grupo de recomendações para prevenção dos erros no ambiente cirúrgico (3) e de maneira nenhuma dispensam a promoção, a sensibilização e a estimulação a dupla checagem e leitura dos rótulos das medicações como ferramentas auxiliares para a promoção da segurança do paciente.

**Descritores:** Manejo de medicamentos, etiquetas, segurança.

#### **Referências:**

1. MERALI R, *et. al.* Medication safety in the operating room: teaming up to improve patient safety. *Healthc Q.* 2008; 11:54-7.
2. ERDMANN TR, *et. al.* Perfil de erros de administração de medicamentos em anestesia entre anestesiológicos catarinenses. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 2016; 66 (1):105-10.
3. INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS. Segurança no uso de medicamentos em cirurgia. *Boletim ISMP Brasil.* 2018; 7(2):1-10.





## **Farmacovigilância do uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos hospitalizados no HUGV em 2018**

Pharmacovigilance of the use of potentially inappropriate medications in elderly hospitalized at HUGV in 2018.

Liliane Félix dos Santos, Amanda Ellen de Moraes, Ariele Bandeira Furtado, Bruna Natália Serrão Lins Pinto, Gustavo Lopes de Castro, Karoline Rodrigues Silva Martins, Eliana Brasil Alves, Tatiane Lima Aguiar.

Universidade Federal do Amazonas

### **RESUMO**

A transição epidemiológica é responsável pela redução das taxas de morbidade e mortalidade, aumento da expectativa de vida e consequentemente aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e de tratamento medicamentoso. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 20 milhões de pessoas se encontram na faixa etária de 60 anos de idade ou mais, o que representa cerca de 10% da população brasileira atual (1). O aumento do percentual de idosos deve ser considerado na execução de políticas públicas de saúde, inclusive nas relacionadas aos medicamentos, devido ao aumento na demanda por serviços de saúde e tratamento farmacológico regular. Por outro lado, o tratamento de doenças crônico-degenerativas, particularmente no que se refere ao fornecimento de medicamentos no âmbito de programas de saúde específicos, expõe a população idosa aos riscos associados à prática de polifarmácia e a complicações potenciais relacionadas a esses medicamentos ou ao seu uso inapropriado, que podem resultar em eventos adversos importantes. Justificativa: No Brasil, estima-se que 23% da população consomem 60% da produção nacional de medicamentos, principalmente pessoas acima de 60 anos, o que evidencia que a população idosa é mais susceptível à polifarmácia e ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) à esta faixa etária (2). Desta forma, a escolha de terapias farmacológicas para o idoso deve ser criteriosa e considerar as alterações metabólicas decorrentes da senescência, haja vista que as alterações funcionais oriundas do envelhecimento podem, por si só, justificar a restrição de medicamento que, embora utilizado irrestritamente em jovens, são tidos como inadequados ao uso em idosos. No ambiente hospitalar, a avaliação da terapêutica medicamentosa destinada a pacientes idosos deve ser ainda mais minuciosa e levar em conta o acréscimo de medicamentos de uso hospitalar aos medicamentos habituais de uso contínuo domiciliar, tendo em vista fatores como número de medicamentos prescritos, efeitos adversos e associações medicamentosas inapropriadas (3). Apesar de ser uma oportunidade para identificação do uso de MPI e ajuste terapêutico, a internação de idosos pode predispor, contudo, à prescrição de fármacos inapropriados e a eventos adversos, se o critério de idade não for ponderado na indicação da terapia medicamentosa. Objetivo: Frente ao desafio da prescrição medicamentosa ao paciente idoso, o trabalho procurou identificar e relatar a presença de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para idosos internados em um hospital público terciário da cidade de Manaus-AM. Metodologia: Foram analisados dados secundários de estudo observacional anterior que identificou a prevalência de polifarmácia em idosos hospitalizados na enfermaria de clínica médica do Hospital Universitário



Getúlio Vargas (HUGV), de janeiro a junho de 2018. A partir dos dados coletados, foi calculada a prevalência da prescrição de MPI para idosos e de eventos adversos associados a estes medicamentos. Os pacientes foram avaliados quanto ao uso de MPI, segundo os critérios definidos por Beers-Fick, e à incidência de Reações Adversas a Medicamentosas (RAM). Foi realizado o teste paramétrico T pareado para os dados com distribuição normal, sendo os valores apresentados em: média (X)  $\pm$  desvio padrão (DP). O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), via Plataforma Brasil, e foi aprovado pelo parecer CEP nº 2.275.077, de 14 de setembro de 2017. Resultados e discussão: Dos 42 idosos internados do HUGV, 24 (57%) estavam em uso de pelo menos um MPI para idosos e destes, 22 (91,7%) estavam em uso de polifarmácia, número maior que a prevalência de polifarmácia na população total de idosos avaliados (36 pacientes ou 85%). Seis pacientes que estavam em uso de MPI (25%) tiveram o medicamento suspenso devido à suspeita de RAM. A maioria dos MPI prescritos para idosos pertenciam à classe de fármacos relacionados aos aparelhos cardiovascular, presentes em 15 prescrições (38,3%) e digestivo (igualmente 38,3%), seguida de fármacos que atuam no sistema neurológico em 7 prescrições (17,8%) e no sistema hematopoético em 2 prescrições (5%). Houve tendência à maior ocorrência de prescrição de MPI conforme o aumento do tempo de internação e, também, quanto maior o número total de medicamentos prescritos. Considerações finais: Os resultados sugerem uma elevada prevalência de MPI prescritos para a população idosa internada em hospital público terciário, além de associação frequente destes fármacos com RAM. É possível que os MPI contribuam não só para o aumento do risco RAM, mas também de diversas iatrogenias e do tempo de hospitalização neste grupo vulnerável. A farmacovigilância intensiva dos MPI em idosos e implantação de alertas ao corpo clínico sobre o tema são medidas que podem mitigar os eventos adversos relacionados ao uso de fármacos inapropriados para idosos.

**Descritores:** idoso; lista de medicamentos potencialmente inapropriados; reações adversas e efeitos colaterais relacionados a medicamentos

#### **Referências:**

1. OLIVEIRA MG, *et al.* Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Geriatric Gerontology Aging*, 2016; 10:168-81.
2. AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American geriatrics society updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal American Geriatrics Society*, 2012; 60(4): 616-631.
3. MUNCK AKR, ARAÚJO ALA. Avaliação dos medicamentos inapropriados prescritos para pacientes idosos em um hospital universitário. *HU Revista*, 2012; 38 (3-4): 231-240.



## **Gerenciamento de risco aplicado em um Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação**

Risk management applied in an Integrated Inclusion and Rehabilitation Center

Leisson Domingues Pinheiro, Nádia Moraes de Oliveira, Thais Caroline Alves Freitas, Juliana Rodrigues da Cunha Ferreira, Gal Caroline Alho Lobão, Samara Paiva Rabelo, Manoel Correia Ferreira, Dilton Luis Soares de Farias.

Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano/Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação (INDSH/CIIR)

### **RESUMO**

O gerenciamento de risco implantado nas organizações de saúde tem por finalidade detectar precocemente as situações que possam gerar consequências aos usuários, a instituição e ao meio ambiente. Objetivo: Identificar os riscos assistenciais para analisar e propor ações preventivas. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência que consiste na descrição a nível gerencial, do mapeamento de risco com a participação da equipe assistencial na identificação dos fatores de risco, a probabilidade de ocorrência, classificação do impacto, as ações das práticas de controle preventivo de acordo com sua macroatividade setorial. A experiência deu-se no Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação do Estado do Pará entre o período janeiro a julho de 2019. Os setores que participam desse mapeamento, são: CEO II, ambulatório, SADT e CER IV. Porém aqui, iremos apresentar um recorte desse mapa, sendo utilizado os resultados do setor CER IV – Centro de especialidade de Reabilitação IV. Importante detalhar as fases desse gerenciamento, após o mapeamento, foram realizadas auditorias trimestrais, utilizando-se um sistema eletrônico para a verificação da efetivação das ações das práticas de controle, o mapa com os respectivos riscos (sendo representado por cores) e verificação dos resultados. Após auditoria, esses resultados são apresentados a supervisão, coordenação, gerência e diretoria para análise e revisão dos resultados. Resultados e discussão: Foram identificados no setor, os seguintes riscos: quedas, agressão, afogamento, IRAS, troca de usuário (impacto catastrófico) e descontinuidade de atendimento (impacto maior). Observou-se na primeira auditoria que os riscos “queda” e “agressão” apresentaram uma probabilidade ocasional de acontecer. Porém, após as implantações de ações corretivas esses riscos, apresentaram a probabilidade incomum de acontecer. Outro destaque, para o risco “troca de usuário” que na primeira auditoria apresentava como remota de acontecer, mas, na segunda auditoria apresentou uma probabilidade ocasional de acontecer. Os riscos “descontinuidade de atendimento” e “afogamento” manteve nas auditorias com a probabilidade incomum de acontecer e “IRAS” com a probabilidade remota de acontecer devido as práticas de controle efetivas e perfil ambulatorial de atendimento. Considerações finais: Sabe-se que a assistência à saúde sempre envolverá riscos, e por esse fato, devemos estar sempre atentos aos riscos do ambiente de saúde, e, de forma preventiva intervir no cenário assistencial com a finalidade de minimizar os impactos e/ou os eventos adversos. Sendo assim, as avaliações dos riscos



assistenciais e a implementação de ações preventivas são indispensáveis para garantir a segurança do paciente no centro. O envolvimento da equipe multidisciplinar é uma das fortalezas que determina o sucesso desse processo.

**Descritores:** Segurança do paciente. Saúde Pública. Reabilitação.

**Referências:**

1. ALVES EAV. Segurança do paciente: do erro à prevenção do risco. Cad. IberAmer. Direito Sanit. Brasília, 2013;2(2):723-733.
2. ALVES DFS, GUIRARDELO EB. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. Rev Gaúcha Enferm, 2016;37(2):1-7.
3. GASPARINO RC, *et al.* Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. Rev Gaúcha de enf, 2017;38(3):1-9.



## Perfil da prescrição de antibioticoprofilaxia cirúrgica em um hospital público de Manaus

Profile of surgical antibiotic prophylaxis prescription in a public hospital in Manaus

Felipe Leopoldo Costa de Sena Melo<sup>1</sup>, Ana Cyra dos Santos Lucas<sup>1</sup>, Bruna Monteiro Rodrigues<sup>2</sup> .

Universidade Federal do Amazonas<sup>1</sup> e Hospital Universitário Getúlio Vargas<sup>2</sup>

### RESUMO

O perfil de uso de antibióticos em ambiente hospitalar está relacionado aos serviços e especialidades atendidas. O uso profilático de antibióticos é necessário para evitar possíveis infecções em sítios cirúrgicos (ISC), e assim, evitar danos ao paciente e diminuir o tempo de permanência hospitalar e custos associados. Desta forma, o uso racional destes medicamentos através do seguimento de protocolos clínicos é imperativo, em virtude das consequências prejudiciais como a instalação de infecções e resistência a antimicrobianos (1). Dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (2), constantes no relatório sobre o uso de antibióticos nos Estados Unidos no ano de 2017, estimam que nos Estados Unidos, bactérias resistentes a antibióticos provocam mais de 2 milhões de doenças e cerca de 23 mil mortes. Esses valores refletem a correlação existente entre o alto uso de antimicrobianos associado com a elevada incidência de inadequações quanto à efetividade, segurança ou necessidade do consumo desses medicamentos. Conforme relatado por GOUVÊA *et al.* (3), indicadores de uso correto de antimicrobianos para finalidades profiláticas em cirurgias no âmbito hospitalar estiveram elevados, porém a administração de antibióticos no momento correto de acordo com as diretrizes foi feita em somente 27,2% dos pacientes. As consequências do uso inadequado de antimicrobianos profiláticos em cirurgias, é o aumento dos riscos de ISC, que poderiam ser evitadas em 60% dos casos pelo seguimento de diretrizes e recomendações sobre o cuidado no perioperatório adequado (4, 5). Objetivo: analisar o uso profilático de antibióticos em um hospital universitário de Manaus no ano de 2017. Metodologia: Trata-se de estudo observacional de caráter descritivo, dos dados constantes na planilha eletrônica do Microsoft Excel<sup>®</sup> 2010, do Serviço de Farmácia relativos à antibioticoprofilaxia em pacientes usuários de um serviço de saúde hospitalar especializado. Foram utilizados os dados de pacientes de ambos os sexos, para os quais foram prescritos antibióticos profiláticos no período de janeiro a dezembro de 2017. As análises estatísticas foram conduzidas utilizando-se o programa estatístico R versão 3.1.2. As variáveis utilizadas foram: data de atendimento, clínica, leito, medicamento prescrito, concentração, posologia, indicação e tempo de uso, de acordo com o Procedimento Operacional Padrão (POP) de Antibioticoprofilaxia Cirúrgica da instituição. Realizaram-se análises univariadas com o intuito de caracterizar a amostra, com distribuição da frequência, cálculo de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) segundo o caso. A pesquisa foi conduzida em



conformidade com a Resolução No. 466/2012-CNS e complementares, do Conselho Nacional de Saúde, sob o CAAE 96509018.5.0000.5020. Resultados: Ao todo, 82,2% das 2759 solicitações de antibióticos profiláticos feitas na instituição em 2017, estiveram em conformidade ( $p < 0,001$ ). A clínica cirúrgica solicitou a maioria das prescrições (81,2%), das quais 16,7% estavam inadequadas. No geral, o medicamento mais solicitado foi cefazolina (78%) seguido de ceftriaxona (6,27%) e metronidazol (4,75%). Os principais motivos dos 17,8% não conformes foram: o uso de antibióticos não padronizados (49,07%) e solicitação de tempo superior a 24 horas (36,72%). Considerando o impacto financeiro, as não conformidades custariam R\$15.474,11 de um total de R\$30.297,06 para o período avaliado. Na análise executada por LIMA *et al.* (1) acerca do perfil de antibioticoprofilaxia na mesma instituição em 2015, foram analisadas 4712 prescrições. Destas, 4516 (95,8%) foram solicitadas com finalidade profilática, sendo observadas não conformidades em 52% das prescrições. Os resultados positivos observados podem ser resultado de mudanças nos processos de avaliação e controle de prescrições instituídos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Conclusões: Verificou-se aumento da adesão ao POP de Antibioticoprofilaxia da instituição no ano de 2017 em relação a 2015. Observou-se que as solicitações em não conformidade com o POP de profilaxia pode gerar gastos elevados à instituição, sendo os principais motivos de não conformidade a solicitação de antibióticos não padronizados para profilaxia e tempo superior a 24 horas. Medidas que estimulem maior adesão às diretrizes e protocolos de antibioticoprofilaxia cirúrgica, bem como estratégias e intervenções de um programa de gerenciamento de uso de antimicrobianos, podem contribuir para melhor gestão dos processos e estimular o uso racional destes medicamentos em ambiente hospitalar.

**Descritores:** Antibioticoprofilaxia, Gestão de Antimicrobianos, Uso Racional dos Medicamentos, Infecção do sítio cirúrgico.

#### Referências:

1. LIMA, AABK. Perfil da prescrição de antibioticoprofilaxia em hospital público de Manaus no ano de 2015. 2017. 15 f. Trabalho de Conclusão de Curso- Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.
2. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Antibiotic use in the United States, 2017: Progress and Opportunities. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2017.
3. GOUVÊA M, *et al.* Avaliação da antibioticoprofilaxia em pacientes cirúrgicos no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Rev. Col. Bras. Cir. 2016; 43(4): 225-234.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.
5. UMSCHIED CA, *et al.* Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011; 32(2):101-114.



## **Incidentes de segurança do paciente envolvendo prontuários na atenção primária à saúde da cidade de Manaus-AM**

Patient safety incidents involving medical records in primary health care in Manaus-AM

Tatiane Lima Aguiar<sup>1</sup>, Gustavo Lopes de Castro<sup>1</sup>, Dheyse Silva Lima<sup>1</sup>, Maria Alyete Moreira<sup>1</sup>, Liliâne Félix dos Santos<sup>1</sup>, João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira<sup>2</sup>.

Universidade Federal do Amazonas<sup>1</sup> e Universidade do Estado do Amazonas<sup>2</sup>

### **RESUMO**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, considerado componente constante e intimamente relacionado com o atendimento ao paciente (1). A segurança do paciente é um tema que vem ganhando destaque na atualidade, devido ao impacto dos incidentes ocorridos na assistência em saúde e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do sistema de saúde em todos os níveis de atenção, incluindo o nível primário, onde o tema é relativamente pouco estudado (2,3). Justificativa: Dentre os riscos à segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), encontram-se os erros relacionados ao manejo de prontuários, como falhas na identificação do prontuário, registros incompletos, perda de arquivos e troca de prontuários entre usuários (4,5). Assim, o preenchimento e a preservação adequada destes arquivos, além de mandatórios para garantir o acesso ao histórico de saúde do indivíduo, a elaboração de estratégias da assistência e a continuidade do cuidado, podem ter impacto deletério na segurança do paciente quando não realizados de maneira adequada (5). Objetivo: Diante deste risco pouco estudado à segurança do paciente, este trabalho teve a finalidade de identificar e descrever erros administrativos relacionados ao manejo de prontuários. Metodologia: Foram obtidos e analisados os dados secundários oriundos de estudo observacional, transversal, quantitativo, descritivo e exploratório, desenhado para coletar informações sobre incidentes de segurança do paciente, que envolveu nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Manaus-AM. A coleta dos dados ocorreu durante o período de três meses do segundo semestre de 2018, de setembro a novembro. Foram incluídos na pesquisa profissionais de saúde da categoria médica que trabalhavam no local por pelo menos dois anos, com regime de trabalho não inferior a 20 horas semanais. Foram excluídos os participantes que se ausentaram ao trabalho durante o período da pesquisa e, também, as unidades de saúde cujo gestor não autorizou a pesquisa ou que não receberam o material para a coleta de dados em tempo hábil. Os participantes foram solicitados a notificar os incidentes de segurança que tivessem conhecimento durante o período do estudo, de forma sigilosa, via preenchimento de questionário específico (*Primary Care International Study of Medical Errors – PCISME*), traduzido e validado para o uso em nosso meio. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), via Plataforma Brasil, e foi aprovado pelo parecer CEP nº 2.762.173. Resultados e discussão: Foram informados um total de 105 incidentes, dos quais foram 54 corresponderam a erros administrativos (51,4%) englobando 22 incidentes relacionados aos prontuários (20,9%). Dos 22 pacientes envolvidos com



erros relacionados a prontuário, a maioria tinha idade igual ou superior a 60 anos (41%), 12 (54,6%) eram mulheres, 11 (50%) eram portadores de doenças crônicas e 7 (31,8%) estavam em situação de vulnerabilidade social. A origem dos erros foi atribuída à recepção em 13 notificações (59%) em sua maioria, enquanto em 5 incidentes (22,7%) vários atores estiveram envolvidos. Em relação à gravidade dos incidentes reportados, eventos adversos (incidentes com dano) somaram 5 incidentes (22,7%), um dos quais (20%) foi classificado como dano mínimo, outro (20%) como dano moderado e 3 (60%) não puderam ser classificados. Considerações finais: Os resultados demonstram a importância do cumprimento das normas instituídas para confecção, arquivamento e manuseio corretos dos prontuários nas unidades de saúde, uma vez que falhas nestes processos de trabalho podem repercutir negativamente na segurança do paciente, inclusive com possibilidade de ocorrência de dano. A frequência significativa de erros administrativos na APS de Manaus-AM evidenciada neste trabalho, sobretudo de erros relacionados a prontuários, justifica a implementação de medidas gerais para garantir a segurança do paciente na APS, além de intervenções específicas para o manuseio apropriado dos arquivos do paciente nas UBS, como melhor organização e preenchimento correto dos prontuários pelos profissionais de saúde. Uma vez que os registros médicos e administrativos foram majoritariamente armazenados em arquivo físico, a implementação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) pode ser uma medida efetiva para minimizar os erros relacionados à perda e à troca dos registros analógicos.

**Descritores:** segurança do paciente; registros médicos; atenção primária à saúde

#### Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
2. PANESAR SS, DESILVA D, CARSON-STEVENSON A, *et al.* How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2016; 25:544–553.
3. MARCHON SG, MENDES JUNIOR WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(9):1-21, set, 2014.
4. GONÇALVES JPP, BATISTA LR, CARVALHO LM, OLIVEIRA MP, MOREIRA KS, LEITE MTS. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan./mar. 2013.
5. SOUZA RS, TEICHMANN PV, MACHADO TS, SERAFIM DFF, HIRAKA VM, SILVA CH. Prontuário Eletrônico do Paciente: percepção dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Rev. Saud. Digi. Tec. Edu. Fortaleza, CE*, v. 3, n. 1, p. 51-68, ago./dez. 2018.





## Habilidades de comunicação e incidentes de segurança do paciente na atenção primária à saúde da cidade de Manaus-AM

Communication skills and patient safety incidents in primary health care in Manaus-AM

Liliane Félix dos Santos<sup>1</sup>, Gustavo Lopes de Castro<sup>1</sup>, Dheyse Silva Lima<sup>1</sup>, Maria Alyete Moreira<sup>1</sup>, Tatiane Lima Aguiar<sup>1</sup>, João Marcos Bemfica Barbosa Ferreira<sup>2</sup>.

Universidade Federal do Amazonas<sup>1</sup> e Universidade do Estado do Amazonas<sup>2</sup>

### RESUMO

O Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) define como falha de comunicação assistencial a inabilidade no acolhimento e escuta do paciente, a utilização de jargão excessivamente técnico e pouco compreendido pelo paciente, ou mesmo demonstração de distanciamento por parte do profissional de saúde diante da situação global de vida do paciente (1,2). É comum que queixas de usuários relacionadas à qualidade da assistência recebida no sistema de saúde envolvam falhas de comunicação com o profissional de saúde, comprometendo o estabelecimento de vínculo e relação de confiança entre ambos atores, passos fundamentais na abordagem do cuidado centrado na pessoa (1,2). Justificativa: O estabelecimento de uma boa relação de comunicação com o usuário é componente essencial do atendimento em saúde, capaz de implicar diretamente na continuidade do cuidado e conseqüentemente no planejamento de estratégias da assistência (1,2). Embora se admita tacitamente que falhas de comunicação possam ocasionar um impacto deletério também na segurança do paciente, dados sobre esta causa específica de falhas na assistência são escassos, especialmente no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), cuja assistência é considerada, de maneira geral e equivocada como muito segura (3,4). Objetivo: Partindo da premissa de que habilidades de comunicação são fundamentais não apenas ao cuidado adequado em saúde, mas também à segurança do paciente, este trabalho teve a finalidade de descrever falhas de comunicação identificadas como causa de incidentes de segurança em atendimentos na atenção primária da cidade de Manaus-AM. Metodologia: Foram recuperados e analisados os dados secundários oriundos de estudo observacional, transversal, quantitativo, descritivo e exploratório, desenhado para coletar informações sobre incidentes de segurança do paciente, que envolveu nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de Manaus-AM. A coleta dos dados ocorreu durante o período de três meses do segundo semestre de 2018, de setembro a novembro. Foram incluídos na pesquisa profissionais de saúde da categoria médica que trabalhavam no local por pelo menos dois anos, com regime de trabalho não inferior a 20 horas semanais. Foram excluídos os participantes que se ausentaram ao trabalho durante o período da pesquisa e, também, as unidades de saúde cujo gestor não autorizou a pesquisa ou que não receberam o material para a coleta de dados em tempo hábil. Os participantes foram solicitados a notificar os incidentes de segurança que tivessem conhecimento durante o período do estudo, de forma sigilosa, via preenchimento de questionário específico (*Primary Care International Study of Medical Errors – PCISME*), traduzido e validado para o uso em nosso meio. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do



Amazonas (UEA), via Plataforma Brasil, e foi aprovado pelo parecer CEP nº 2.762.173. Resultados e discussão: Foram notificados um total de 105 incidentes, dos quais 14 (13,3%) corresponderam a erros de comunicação. Destes, 13 envolveram pacientes que em sua maioria eram idosos (8 com idade superior a 60 anos ou 57%), do sexo feminino (12; 85,7%), portadores de doenças crônicas (8; 57,1%) e apresentavam situação de vulnerabilidade social (10; 71,4%) estavam em. A origem dos erros foi atribuída ao próprio paciente em 7 notificações (50%), enquanto em 2 incidentes (14,2%) foi atribuída ao enfermeiro e em 1 notificação (7,2%) ao médico. Em relação à gravidade dos incidentes em erros de comunicação reportados, seis notificações (42,8%) corresponderam a incidentes sem danos, enquanto *near-miss* e incidentes com dano (eventos adversos) somaram 4 incidentes cada (28,6%). Todos os eventos adversos foram classificados como apresentando dano moderado. Considerações finais: Os resultados demonstram que erros de comunicação na assistência oferecida na APS de Manaus-AM são comuns, com potencial de repercussão negativa à segurança do paciente, sobretudo porque parecem envolver usuários idosos e com vulnerabilidade social. Ademais, a tendência de se atribuir ao próprio paciente a gênese do incidente, além de constituir um viés de aferição por representar o ponto de vista do notificador (profissional de saúde), pode indicar também que os profissionais médicos necessitem compreender melhor a importância das habilidades de comunicação para a construção do plano terapêutico efetivo, pautado na autonomia do sujeito, autocuidado apoiado e corresponsabilização do usuário com a sua própria saúde.

**Descritores:** segurança do paciente; comunicação em saúde; atenção primária à saúde

**Referências:**

1. CERON M. Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa. UNA-SUS – UNIFESP, São Paulo: 21-42, 2012.
2. LEITE AJM, CAPRARA A, COELHO FILHO JM. (Org.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. Cad. Saúde Pública, São Paulo: 24 (1): 3-14, 2007.
3. MARCHON SG, MENDES JUNIOR WV. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(9):1-21, set, 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



## Safercare: Gestão para segurança do paciente clínico e cirúrgico

Safercare: Management to secure a clinical and surgical patient

Leisson Domingues Pinheiro, Edson Yuzur Yasojima, Rafael Oliveira Chaves, Flávia Bonfim Lima.

Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional “cirurgia e pesquisa experimental”. Universidade do Estado do Pará (UEPA).

### RESUMO

A segurança do paciente tem sido discutida mundialmente nas últimas décadas, tornando -se um fator essencial para melhoria da qualidade dos serviços de saúde. A necessidade de se buscar na tecnologia, novas formas de operacionalizar o gerenciamento da segurança do paciente, incrementar o processo de cuidar, tornando o ambiente dos estabelecimentos de saúde mais seguro. **Objetivo:** Desenvolver um software para segurança do paciente nas organizações de saúde. **Metodologia:** O estudo exploratório, quantitativo, com amostra de conveniência constituído por 15 profissionais multidisciplinares (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, administradores) de estabelecimentos de saúde públicos e particulares com perfis diferentes. Os dados foram coletados no período entre abril a maio de 2019. Posteriormente solicitados aos mesmos profissionais que utilizassem o software. Após utilização do software, os profissionais foram solicitados a preencherem escala de avaliação do sistema utilizando a metodologia *System Usability Scale -SUS*, utilizando a técnica prospectiva. A análise dos dados foi feita com auxílio programa Excel e apresentação gráficos. Para elaboração do software, a metodologia utilizada fundamentou-se no ciclo de vida de desenvolvimento de sistema, baseando-se no conceito de prototipação. O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, CAAE 09625619.2.0000.5174, parecer 3.276.767. **Resultados e discussão:** A facilidade de aprendizagem apresentou uma média score de 75,60 pontos. Em relação a eficiência do software, obteve uma média de 77,38 pontos. As inconsistências ou surgimento de erros operacionais foram avaliados e apresentou um score de 76,49 pontos, facilidade de memorização apresenta score de 78,57 pontos, a satisfação do usuário apresentou 75,00 pontos e a média geral foi de 76,46 pontos que demonstra que o software atende as exigências de usabilidade dos profissionais. **Considerações finais:** O software atende os critérios de usabilidade, tornando o processo e rotina mais eficiente nas atividades de coleta, registro, armazenamento, manipulação, recuperação de dados, verificação de adesão dos protocolos de segurança do paciente, além da notificação de incidente com a identificação da causa raiz, redução do tempo de auditoria, confiabilidade dos resultados e os planos de ações corretivos e preventivos.

**Descritores:** Segurança do paciente, software, saúde pública.

### Referências:

1. ALVES EAV. Segurança do paciente: do erro à prevenção do risco. Cad. IberAmer.Direito. Sanit.Brasília, 2013;2(2):723-733.
2. ALVES DFS, GUIRARDELO EB. Ambiente de trabalho da enfermagem,



- segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. Rev Gaúcha Enferm, 2016;37(2):1-7.
3. GASPARINO RC, *et al.* Percepção da enfermagem frente ao clima de segurança do paciente em instituições públicas e privadas. Rev Gaúcha de enf, 2017;38(3):1-9.
  4. GOLLE L, *et al.* Cultura de segurança do paciente em hospital privado. Rev Fund Care Online, 2018;10(1):85-89.



## **A importância da adesão ao *checklist* como instrumento de segurança do paciente no período perioperatório: Revisão integrativa**

The importance of checklist access as a patient safety instrument in the perioperative period: Integrative review

Renato Ferreira Negrão<sup>1</sup>, Geovana Ribeiro Pinheiro<sup>1</sup>, Taline Monteiro<sup>1</sup>, Rauane Rodrigues Teixeira<sup>1</sup>, Cristiane Cavalcante Amorim<sup>1</sup>, Isadora Ferreira Barbosa<sup>2</sup>, Isandra Ferreira Barbosa<sup>2</sup>, Rayana Gonçalves de Brito<sup>2</sup>.

Faculdade Estácio do Amazonas<sup>1</sup> e Centro Universitário da Amazônia (UNAMA)<sup>2</sup>

### **RESUMO**

O *checklist* constitui-se de uma série de medidas que objetivam assegurar a redução de eventos adversos que podem causar danos ao paciente cirúrgico, através desse instrumento, realiza-se a verificação de todas as etapas que serão executadas nas fases do pré, intra e pós-operatório. O enfermeiro é o profissional indicado para a execução e, contíguo à equipe multiprofissional, é possível distinguir características dos eventos adversos evitáveis. Nesse âmbito, é necessário que os colaboradores do centro cirúrgico certifiquem-se da execução do procedimento conforme planejado no time out e nenhuma etapa seja negligenciada (1). Objetivo: identificar a importância da adesão ao *checklist* como instrumento de segurança do paciente no período perioperatório. Metodologia: trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa, realizada nos bancos de dados: SCIELO, BVS-MS, SOBECC e ANVISA. Os descritores utilizados foram: “segurança do paciente”, “*checklist* cirúrgico” e “enfermagem em perioperatório”. O período delimitado compreendeu 2013 a 2019. Com critérios de inclusão e exclusão definidos, encontrou-se um total 136 artigos e 5 foram selecionados para o estudo. Resultados: observou-se que é aplicado o *checklist* no período perioperatório, entretanto, por vezes, é realizado de modo não rotineiro e não sistemático, deixando falhas que podem comprometer tanto a segurança da equipe de saúde quanto do cliente. Nesse contexto, os autores concordam que, uma vez que é realizado de modo eficaz, pode-se reduzir as intercorrências em mais de 50% (2). A implementação do *checklist* é de baixo custo. Estima-se que seja necessário o tempo médio de três minutos para aplicação das três fases do processo de verificação e orienta-se que um único profissional, que participa do procedimento cirúrgico, seja responsável por essa aplicação. Esse profissional deve ter conhecimento sobre o processo anestésico-cirúrgico, estando apto a interromper o procedimento ou impedir seu avanço, se julgar insatisfatório ou haja alguma inconformidade. A introdução do time out é um passo para uma nova cultura de segurança na sala cirúrgica. Realizar a checagem por meio do coordenador, com participação do paciente e da equipe multiprofissional, é essencial para o sucesso do procedimento (3). Os benefícios primários incluem a redução de complicações, óbitos e facilidade na avaliação no processo feito no paciente cirúrgico, o processo anestésico-cirúrgico é percebido pelo paciente e sua família como uma ameaça ou desafio. Por meio da visita, o enfermeiro pode transmitir informações e tentar modificar essa visão, de forma que percebam a cirurgia como um enfrentamento necessário, e passem da situação de ameaçados para o de



atores de ações que possibilitem a resolução das dificuldades (4). Apesar da tamanha importância, ainda há barreiras para o sucesso da implementação total (100%) do *checklist*, devido a fatores como déficit de funcionários e organizacional, tempo de cirurgia considerando o cansaço físico e mental individual e até mesmo por aspectos culturais (5). Depende-se, nesse momento, da corroboração e capacidade dos líderes das instituições a adaptarem-se à necessidade do time out, mediante tamanha eficácia e viés obrigatório no que tange a promoção à saúde. Conclusão: O principal problema em relação ao *checklist* é a não utilização ou registro incompleto, colocando em risco o ato operatório e as demais etapas. É essencial que haja uma adequação desse instrumento para que se encaixe apropriadamente em cada instituição, levando em conta que cada uma pode ter normas diferenciadas, além de conscientização da importância da adesão por todos os colaboradores de saúde no atendimento ao paciente cirúrgico. É recomendável a prática contínua de modo estratégico que permita o feedback da equipe multiprofissional envolvida no pré, trans e pós-operatório.

**Descritores:** Segurança do paciente, *checklist* cirúrgico, enfermagem em perioperatório.

#### **Referências:**

1. RYOKO MA, *et al.* Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. Esc Anna Nery 2015;19(2):246-251 Universidade Federal do Paraná. Curitiba - PR, Brasil.
2. ALMEIDA RE, RODRIGUES MCS. Execução da lista de verificação de segurança cirúrgica em operações pediátricas: avaliação da conformidade. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40 (esp):e20180270.
3. PANCIERI AP, *et al.* Checklist de cirurgia segura: Análise de segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. Gaúcha Enferm. 2013;34(1):71-78.
4. APARECIDA LP, PICCOLI M. Enfermagem Perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, 2004.
5. MENDES W, *et al.* The feature of preventable adverse events in hospitals in the State of Rio de Janeiro, Brazil. Rev Assoc Med Bras. 2013;59(5):421-8.



## **Experiência do paciente no âmbito cirúrgico: o primeiro passo para uma assistência de qualidade e segurança com êxito**

Surgical patient experience: the first step to successful quality and safety care

Rosimar Xavier Barbosa, Priscila Tomé, Juliana Rissoli, Darciane Buso.

Hospital Bartira Rede D'or - São Paulo

### **RESUMO**

A situação de doença gera sentimentos negativos ao paciente e sua família, em especial quando há necessidade de uma cirurgia, originando ansiedade, medo, angústia e insegurança. Mesmo porque, até em cirurgias de pequeno porte o paciente e seus familiares se veem frente a eventos novos e ameaçadores, e os efeitos ou consequências de uma cirurgia implicam em mudanças no cotidiano da vida pessoal, familiar, profissional e social do paciente. Portanto, ao chegar a um hospital e, mais especificamente, a um centro cirúrgico, o paciente possui certas expectativas, e a equipe hospitalar deve se empenhar em satisfazê-las. A satisfação dessas expectativas está relacionada ao que se denomina como “Experiência do Paciente”, e envolve tudo que o mesmo vivencia no contexto hospitalar, ou seja, cada interação com os profissionais e com o ambiente da instituição, com os procedimentos e processos aos quais é submetido, como sua família é recepcionada, ou seja, toda sua jornada diante de atendimentos dentro do hospital (1). O conjunto dessas percepções é que irá gerar uma experiência positiva ou não. Atenção aos detalhes, atenção com seus familiares, agilidade, comunicação, segurança, limpeza, desfecho clínico, continuidade do cuidado, qualidade e humanidade no atendimento fazem parte da óptica da empatia e devem ser priorizadas para a melhor experiência do paciente. Esses cuidados devem estar presentes desde o seu acolhimento ao hospital, mas o objetivo principal desse estudo é compreender a expectativa deste paciente em relação ao que ele espera de um atendimento cirúrgico e o que pode ser feito dentro do centro cirúrgico para que a mesma seja suprida, proporcionando ao paciente uma experiência positiva. Para reunir informações que pudessem cumprir com esse objetivo, esse estudo se desenvolveu através de uma revisão da literatura, com a pesquisa do tema em artigos pesquisados nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), escolhidas por serem as duas mais abrangentes sobre artigos relacionados a área de saúde. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2000 e 2019, publicados nos idiomas português, espanhol e inglês, que se encontrassem disponíveis na íntegra online. Também foram utilizados, como fonte de pesquisa, vídeos sobre a experiência do paciente disponibilizados por instituições de saúde no YouTube®. Os resultados da pesquisa permitiram identificar que, ao chegarem a um centro cirúrgico, os pacientes esperam ser recebidos com carinho, empatia e atenção, através de um cuidado humanizado, recebendo da equipe informações precisas e claras sobre os procedimentos que serão realizados, com foco em uma comunicação eficiente. Afinal, a maior origem do estresse e da ansiedade do paciente está justamente relacionada com seu medo do desconhecido, que pode estar ligado à sua doença, à cirurgia e ao pós-cirúrgico, ou aos três em conjunto. Sendo assim, a transmissão de informações de forma clara e humanizada ajuda a reduzir esse fator estressante (2). Ademais, o paciente espera ser envolvido nos procedimentos que estão sendo



realizados em prol de seu cuidado. Destaca-se, sobre essa questão, que as cirurgias se tornaram altamente tecnológicas, e esse modelo tecnocrático se encontra muito arraigado nas práticas profissionais. Tal modelo valoriza a tecnologia como sinal de sucesso do ato cirúrgico, o que leva ao descuido com a humanização do cuidado, despersonalizando o paciente, “coisificando-o”. Por esse motivo, inúmeros esforços devem ser empregados para o desenvolvimento de um cuidado mais humanizado, com foco na atenção às expectativas do paciente, respeitando e compreendendo seu momento de aflição, tranquilizando-o e deixando-o confortável. É preciso que o cuidado não seja focado apenas nos procedimentos, esquecendo que o paciente está ali, com seus medos e inseguranças, e sim que o cuidado seja sempre centrado no paciente. O estudo também identificou que a segurança nos serviços realizados no centro cirúrgico é uma das principais preocupações do paciente, que espera que os cuidados que lhe forem prestados sejam realizados com competência, qualidade e ética. Mais uma vez aqui se destaca a importância da comunicação, pois ao manter uma interação com o paciente, explicando a ele tudo que está sendo realizado e o que será executado mais adiante, quando ele já estiver sedado, transmite a ele a segurança que espera ter no atendimento que irá receber. Outra questão que foi verificada pela pesquisa é a questão da espiritualidade, que muitos pacientes levam para o centro cirúrgico, e que precisa ser respeitada, inclusive porque isso auxilia em sua tranquilização e na recuperação pós-cirúrgica. Portanto, o estudo concluiu que a interação entre profissionais e paciente é o foco principal do cuidado em um centro cirúrgico, devendo haver empatia e preocupação com o bem-estar do paciente, transmitindo a ele segurança sobre os procedimentos que serão realizados e mantendo com ele uma comunicação clara e detalhada, tendo o cuidado de transmitir as informações de forma que o paciente possa compreendê-las. Ao mesmo tempo, oferecer um ambiente acolhedor, onde todos executam suas tarefas com qualidade e eficiência, transmite ao paciente a segurança de que ele se encontra em “boas mãos”. Sendo assim, como considerações finais desse estudo, alerta-se sobre a necessidade do olhar humanizado para o paciente por parte da equipe que o atende no centro cirúrgico, em especial a de enfermagem, pois é a que mais interage com o paciente (3). Ressalta-se que esses profissionais devem receber capacitação para fornecer cuidado humanizado, e com competências para transmitir ao paciente as informações pertinentes a sua condição, bem como sobre as características e expectativas da cirurgia em questão, visto que muitos profissionais acabam mantendo seu foco nos procedimentos a serem realizados e esquecem-se do paciente que ali se encontra, com sentimentos mistos de angústia, medo e insegurança, e que precisa de acolhimento humanizado para se sentir seguro e confiante no procedimento ao qual será submetido.

**Descritores:** Enfermagem perioperatória. Cuidados de enfermagem. Humanização da assistência. Experiência do paciente.

#### **Referências:**

1. MACEDO CA, TEIXEIRA ER, DAHER DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. Rev enferm UERJ. 2011; 20:457-62.
2. SALVADOR DMM, SANTOS SM, LINS SRO. Papel do enfermeiro na humanização em centro cirúrgico: uma revisão de literatura. In: Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia 2017.





3. PERES EC, BARBOSA IA, SILVA MJP. Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorados de enfermagem. Acta paul. enferm]. 2011.



## Vigilância em foco: recomendações para minimizar o risco de suicídio entre pacientes hospitalizados

Surveillance in focus: recommendations to minimize the risk of suicide among hospitalized patients

Fredgaard Victor Cavicchioli Batista, Andréa Costa de Andrade, Eliana Brasil Alves, Marina Homrich Zilli, Rita de Cássia da Silva Cardoso.

Hospital Universitário Getúlio Vargas, UFAM/ EBSEH

### RESUMO

O suicídio é um sério problema de saúde pública que envolve aspectos psicológicos e sociais (1). Não é uma tarefa fácil combatê-lo, mas podemos utilizar ações preventivas, compostas por uma série complexa de ações, que podem propor um tratamento efetivo aos distúrbios mentais e um controle socioambiental dos fatores de risco. No combate ao aumento de casos de suicídio, segundo as recomendações da OMS (1), cabe inserir ações de prevenção à saúde mental que tenham por foco a evitar o suicídio em pacientes. Neste sentido, o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), por meio da Nota Técnica nº 08/2017/SGQA/CGC/DAS/EBSEH/MEC, que trata da ocorrência de notificações de 12 tentativas de suicídio e de 2 suicídios na rede hospitalar EBSEH, pensou em ações para minimizar o risco destes eventos adversos (*never events*) que nunca deveriam ocorrer em uma unidade de saúde de acordo com o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2015. Objetivo: Para evitar a ocorrência destes eventos adversos estabelecemos enquanto Comissão vinculada ao Núcleo de Segurança do Paciente- NSP/HUGV, a implantação de um protocolo de avaliação de risco de suicídio aplicável a todos os pacientes admitidos no HUGV cujo objetivo é realizar um monitoramento de prevenção e de abordagem adequada aos pacientes com risco de suicídio e a criação de um fluxo de referência desta clientela para a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Metodologia: O protocolo de prevenção ao suicídio antevendo ações voltadas a *Never Events* foi construído a partir de uma revisão integrativa da literatura de forma que profissionais da equipe multidisciplinar do HUGV reunissem-se com propósito de pensar sobre a prevenção do ato suicida, considerando relatos do paciente de tentativas anteriores, história da doença que leva a perdas na saúde, perdas sociais e financeiras. As buscas da literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Base de Dados PePSIC e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). As bases foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e da Biblioteca Virtual *Public/Publisher Medline* (PubMed) utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH): segurança do paciente/patient safety, comportamento suicida/ *suicidal behavior* e Brasil/*Brazil* (2). Como critérios de inclusão encontram-se artigos originais indexados nas bases mencionadas, publicados na íntegra em periódicos nacionais e internacionais entre os anos de 2009 e 2019, ainda, disponíveis em português, inglês e espanhol. A coleta de dados ocorreu no primeiro trimestre de 2019 e agrupados em categorias para validação



do protocolo. Resultados e discussão: como resultado conseguiu-se a adesão da equipe multiprofissional, não apenas o psicólogo poderá realizar a primeira entrevista, mas também o enfermeiro, o assistente social e o médico. Observamos, ainda, por meio das buscas à literatura que existem diferentes modalidades de pensamentos que levam ao desfecho suicida, dentre os quais se destaca a ideação suicida (pensamentos sobre ser o agente da própria morte); a intenção suicida (desejo de que um ato destrutivo resulte em morte); a letalidade do comportamento suicida (ameaça à vida associada à ação de suicídio); o método suicida (mecanismo utilizado para realizar um comportamento lesivo com qualquer intenção para o resultado morte); o plano suicida (delineação de métodos ou formas com momento e lugar para iniciar o comportamento lesivo auto-infligido); a tentativa de suicídio (comportamento autolesivo, não fatal, mas danoso decorrente da intenção de morrer); o suicídio (morte autoprovocada, com evidências que a pessoa tinha a intenção de morrer (3). Conclusão/considerações finais: Concluímos que o principal fator de risco para o suicídio consumado relaciona-se a tentativas anteriores, existindo alguns dados que mostram que tentativas prévias aumentam em cerca de 6 vezes o risco de uma nova tentativa (4). Em diversos outros transtornos mentais associados ao risco de suicídio encontram-se os transtornos: do humor, por uso de substâncias, de personalidade e esquizofrenia. Os transtornos de humor ocupam, no CID10, da categoria F-30 até a F-39. O transtorno afetivo bipolar é associado a um maior risco de suicídio, principalmente nos casos de ciclagem rápida e nas fases depressivas (5). Nas internações em hospitais gerais, a depressão comórbida, a falta de tratamento e a maior compreensão sobre a disfuncionalidade da doença são fatores de risco importantes neste estrato de pacientes. Por fim, todas as circunstâncias que deflagraram a auto-agressão devem ser investigadas como eventos precipitantes, procurando discriminar os fatores de risco proximais e distais. Além disso, é de extrema importância a investigação dos fatores de proteção, como religiosidade, satisfação em viver, presença de habilidades de enfrentamento, suporte de rede social etc. Reforçar e instalar certos fatores de proteção pode diminuir o risco potencial de suicídio.

**Descritores:** segurança do paciente/patient safety, comportamento suicida/*suicidal behavior* e Brasil/*Brazil*.

#### **Referências:**

1. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization, 2014.
2. DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCs. Ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME/ OPAS/OMS, 2019.
3. APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* Practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. American Psychiatric Association, 2016.
4. BOTECA NJ (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta emergência. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
5. D'OLIVEIRA CF, BOTECA NJ. Prevenção do Suicídio-Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde-Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, 2006; 74.



## **Implantação do núcleo de segurança do paciente em um hospital privado de Manaus: Relato de experiência**

Implementation of the patient safety core in a Manaus private hospital:  
Experience report

Milena Maria Cardoso de Lemos, Bianca Pires dos Santos, Deise Samara da Silva Paz,  
Dheysse Araújo de Lima , Nairze Saldanha Santos, Taís Regina da Silva Rocha.

Universidade Federal do Amazonas

### **RESUMO**

A prática insegura ainda tende a persistir nos processos assistenciais e administrativos dos estabelecimentos de saúde em todo o mundo. A ocorrência deste tipo de incidente no país é de 7,6%, dos quais 66% são considerados evitáveis. Em abril de 2013, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013 (1). Entende-se por Segurança do Paciente a “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde”. Entre as regulamentações criadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), merece destaque a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013 que institui ações para segurança do paciente e obrigatoriedade de implantação do Núcleo da Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde (2). O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Objetivo: relatar a experiência de uma enfermeira responsável pela Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em um hospital privado de Manaus. Metodologia: trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira responsável pela implantação do NSP em um Hospital de médio porte, lotado na zona sul de Manaus com grande fluxo de internação clínica e cirúrgica, contendo uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), centro cirúrgico, clínica cirúrgica, clínica médica, hemodinâmica, setor de imagens, emergência, observação e unidade de terapia de urgência. O quadro de colaboradores é composto por mais de 400 profissionais. O processo de implantação ocorreu após uma notificação do Departamento de Vigilância Sanitária (DVISA) no ano de 2016, logo, foram nomeados em portaria nº 529 os integrantes da comissão vinculada à instituição, tendo a profissional enfermeira como coordenadora e responsável pelo planejamento e desenvolvimento da implantação das ações para segurança do paciente. Resultados e discussão: Com base no caderno 06 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as atividades iniciaram em novembro de 2016 com o calendário anual de reuniões, a princípio, para discutir as ações e estratégias do Plano de Segurança do Paciente (PSP), sendo devidamente documentada em ata e contando com grande apoio da Gestão Hospitalar. Mensalmente, a Fundação de Vigilância em Saúde organizava reuniões com os coordenadores do NSP para uma educação sistemática da rede hospitalar pública e privada sobre a implantação do NSP. Em sequência foi criado o Regimento Interno no qual foi definido o papel de cada membro da comissão, incluindo a responsabilidade dos protocolos de segurança do paciente e seus indicadores, sendo estes seis publicados nas Portarias 1377/2013 e 2095/2013 e pontuados a seguir: 1. Cirurgia segura; 2.



Prática de higienização das mãos; 3. Lesão por pressão; 4. Prevenção de Quedas; 5. Identificação do Paciente e 6. Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos (3). A capacitação foi um grande desafio enfrentado durante o desenvolvimento da implantação, um cronograma de treinamentos foi idealizado para apresentação do NSP, do Regimento Interno, do PSP, dos Protocolos de Segurança do Paciente, tipos de EA a serem notificados e ficha de notificação, sendo esta ficha disponibilizada nos setores. Para facilitar a análise dos EA foi utilizada, primeiramente, a ferramenta Diagrama de Ishikawa, no entanto, pela baixa adesão, este foi substituído pelo Protocolo de Londres. Por fim, a sugestão da Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi o uso dos 5 Porquês, sendo essa metodologia de análise aderida com sucesso pela equipe em formação. Foi possível observar uma grande resistência da equipe quanto à implantação dos protocolos, diante disso foram realizadas visitas setoriais e com tempo percebido os casos que precisavam de atenção, dessa forma foram criados fluxos para melhoria da comunicação dos profissionais com destaque para o fluxo de Infecção Relacionada Assistência à Saúde (IRAS), estratégias para realizar auditorias e ferramentas para desenvolver melhor gerenciamento de risco. Diante das dificuldades e conflitos eram recebidas notificações de livre demanda, os casos notificados eram trabalhados cuidadosamente em reuniões ordinárias em que também se apresentava o relatório mensal conforme o calendário anual seguido pela instituição. O monitoramento dos EAs se tornou responsabilidade da coordenadora do NSP e através do cadastro institucional em ferramenta eletrônica disponibilizada pela ANVISA chamada NOTIVISA, os EAs eram lançados mensalmente até décimo quinto dia útil do mês subsequente. O retorno das notificações para equipe foi extraordinário, pois sempre havia o esclarecimento de que ao notificarem os profissionais exerceriam seu trabalho não de forma punitiva, mas sim de maneira educativa. Acrescento ainda o quão importante foi a criação do fluxo com a comissão de óbito para que pudessemos trabalhar óbitos inevitáveis e respeitar o período 72h a ser lançado no NOTIVISA, conforme RDC36. É importante ressaltar que o recebimento da integração do NSP e CCIH se tornou obrigatório aos novos colaboradores contratados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Encorajar outros profissionais a realizarem a implantação do núcleo de segurança do paciente foi o desejo neste relato de experiência. Ao longo deste trabalho e diante de tanta resistência foi possível observar o crescimento de grandes líderes e o amadurecimento lentamente da equipe assistencial. Conseguimos evidenciar um resultado de 8,06% de notificações realizadas pelos colaboradores, dado levantado referente ao primeiro semestre de 2017 após início da implantação. Não só os servidores, mas especialmente os pacientes foram beneficiados pela nova cultura de segurança da instituição, resultado do intenso trabalho e da evolução da equipe do NSP.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Gestão da Segurança.

#### **Referências:**

1. BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA nº 529 de 1º Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. 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.



3. BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.



## **Segurança do paciente como tema da educação permanente em uma unidade básica de saúde da periferia de Manaus-AM**

Patient safety as a theme of permanent education in a basic health unit of peripheral Manaus-AM

Milena Maria Cardoso de Lemos, Bianca Pires dos Santos, Deise Samara da Silva Paz, Dheysse Araújo de Lima , Nairze Saldanha Santos, Taís Regina da Silva Rocha .

Hospital Universitário Getúlio Vargas, UFAM/EBSERH

### **RESUMO**

A segurança do paciente é definida como o ato de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário ao cuidado de saúde. Essa temática tem sido reconhecida mundialmente e constitui-se um grande desafio às organizações de saúde, pois os riscos na área da saúde são inerentes ao processo de trabalho e observa-se grande incidência de danos ao paciente que podem acarretar no prolongamento do tempo de internação, lesões permanentes e até mesmo morte (1). Silva *et al.* (2) destacam que a melhor forma de prevenir eventos adversos ao paciente é a educação continuada dos profissionais. Objetivo: Relatar a experiência de uma equipe multiprofissional de residentes na abordagem da segurança do paciente como tema de uma educação permanente. Metodologia: Trata-se de um relato vivenciado por seis residentes sendo duas enfermeiras, duas farmacêuticas e duas nutricionistas do programa Neurointensivismo do Hospital Getúlio Vargas (HUGV). A experiência aconteceu em uma Unidade Básica de Saúde da periferia de Manaus-AM nos meses de março a maio de 2019. Resultados e discussão: A unidade básica contava com envolvimento de três Estratégias de Saúde da Família (ESF) e um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) formado por diversos profissionais como: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, profissional de educação física, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Os profissionais integrantes do programa de residência foram inseridos no contexto do NASF para trabalharem a educação em saúde na atenção básica visando a prevenção relacionada às doenças crônicas não-transmissíveis, bem como temas voltados para a segurança do paciente e do trabalho. Durante as atividades desenvolvidas foi possível perceber a não adesão às boas práticas das metas internacionais de segurança do paciente. De acordo com o caderno 06 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) existem seis metas publicadas nas Portarias 1377/2013 e 529/2013 pontuadas a seguir: 1 - Cirurgia Segura; 2 - Prática de higienização das mãos; 3 - Lesão por pressão; 4 - Prevenção de Quedas; 5 - Identificação do Paciente e 6 - Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos (3). A identificação dos pacientes foi o primeiro ponto a ser observado, os usuários eram chamados somente pelo primeiro nome ou apelidos. Segundo a ANVISA, para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados é necessário o uso de pulseira branca padronizada colocada num membro do paciente para que sejam conferidos, antes do cuidado, pelo menos dois identificadores podendo ser: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente ou número de prontuário. Possivelmente a falta da cultura de segurança do paciente entre profissionais e usuários tem como consequência os diversos erros na prescrição e uso de



medicamentos observados ao longo do período de vivência. Neri (4) recomenda que os medicamentos devam ser prescritos conforme estrutura a seguir: nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso. A prática de higienização das mãos também percebida de forma negativa é justificada pelos profissionais da UBS pela dispensação insuficiente do álcool em gel e indisponibilidade do sabão líquido, dificultando assim a adesão da boa prática. Após identificar a falta de conhecimento dos profissionais sobre execução de protocolos de segurança do paciente, a equipe de residentes criou um plano de ação utilizando a educação permanente com intuito de sensibilizar a todos na UBS sobre as boas práticas das metas internacionais. A palestra foi realizada em um dia protegido para educação continuada e contou com o uso de equipamento de áudio e vídeo, dinâmicas, cartazes ilustrativos e vídeo de curta duração. A abordagem do assunto ficou dividida entre as residentes onde a enfermeira fez abertura do evento com apresentação da Portaria nº 529 e RDC nº 36 enfatizando as definições dos termos utilizados e importância do núcleo de segurança do paciente; em seguida a farmacêutica apresentou as metas internacionais destacando o protocolo de identificação do paciente e segurança medicamentosa e por fim, a nutricionista ressaltou o protocolo de queda e a importância da prática de higienização das mãos utilizando duas dinâmicas com a participação de todos os ouvintes. Considerações finais: Ao final da atividade foi notório o interesse dos participantes através de perguntas sobre os protocolos apresentados. No entanto, as crenças, atitudes e percepções em relação à temática abordada ainda são desafios encontrados nos profissionais. É importante que os gestores assumam o desenvolvimento de estratégias como a educação permanente para disseminação de informações que contribuam com o fortalecimento da cultura de segurança e que enfatizem o papel que os profissionais de saúde exercem na construção de boas práticas para uma assistência segura e de qualidade ao paciente.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Educação Continuada; Equipe de Assistência ao Paciente.

#### **Referências:**

1. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo Integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Identificação do paciente em Serviço de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2013. 11p.
2. SILVA ACA, *et al.* A segurança do Paciente em Âmbito Hospitalar: Revisão de Literatura. *Cogitare Enferm.*v. 21 n. esp: 01-09, 2016.
3. BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.
4. NÉRI EDR, VIANA PR, Campos TA. Dicas para uma Boa Prescrição Hospitalar. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Hospital Universitário Walter Cantídio. Gerência de Riscos Hospitalares, 36p, 2008.





## O impacto dos erros de medicação na segurança do paciente.

The impact of medication errors on patient safety.

Samara Khaled Saadeddine Trus

Cianorte – Paraná

### RESUMO

Desde a origem da espécie humana, o homem procura na natureza os elementos que possam ser utilizados como medicamento, entretanto, isso aconteceu de maneira lenta e gradativa. Através de vários anos de estudos, conseguiu-se diferenciar o medicamento do veneno, diante disso podemos mencionar que os medicamentos são produtos especiais com finalidade de prevenir, diagnosticar, aliviar sintomas e até curar doenças, sendo produzidos por rigoroso controle técnico para atender as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1). Atualmente os medicamentos fazem parte de um tópico primordial na temática da segurança do paciente, devido ao elevado risco de ocorrência de eventos adversos, sendo estes definidos como qualquer ocorrência médica desfavorável que pode acontecer durante o tratamento com um medicamento. A reação adversa a medicamento é definida como qualquer resposta prejudicial, gerando um problema reconhecido internacionalmente (2). Tendo em vista a repercussão dos casos envolvendo erros de medicação relacionados a pacientes internados, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou seis metas internacionais para a segurança do paciente, com destaque a que propõe a melhoria da segurança no uso dos medicamentos considerados de alta vigilância, medicamentos estes que apresentam riscos elevados, onde podem resultar efeitos adversos aos pacientes, desde alergias até o óbito (3,4,5). Dentro das unidades hospitalares, os medicamentos passam por vários setores antes de chegar a seu destino final (pacientes), deste modo, exige-se uma atenção redobrada de todos os setores envolvidos como: almoxarifado, central de abastecimento farmacêutico, farmácia e enfermagem, sendo o último setor antes de chegar aos pacientes (6). O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre os principais erros de medicações e o impacto na segurança do paciente. Este trabalho foi desenvolvido através de uma revisão integrativa, que permitiu examinar diversos estudos científicos encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde, SCIELO e dando preferência aos artigos dos últimos 10 anos. Em uma pesquisa realizada pelo *Institute For Safe Medication Practices* (7) foram encontrados erros básicos de medicação, totalizando cerca de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos, onde se estima que corresponde à oitava causa de morte. Em uma pesquisa realizada por Néri e colaboradores (8), entre 44 e 98 mil pessoas morrem anualmente por danos ocasionados por erros, e desse total aproximadamente 7 mil mortes estão relacionadas a erros de medicação. James (9), Makary e Daniel (10), contribuíram através de suas pesquisas observando números ainda maiores de óbitos ocasionados por eventos adversos relacionados à assistência em hospitais norte-americanos, com estimativas entre 210.000 e 400.000 óbitos por ano, podendo ser considerados como a terceira causa



de morte nos EUA, estando atrás apenas de doenças cardiovasculares e câncer. Já no Brasil, um estudo realizado por Pedrosa e Couto (11) indica que 79.000 pessoas foram vítimas de erros, sendo estes em planejamentos ou falhas na execução do procedimento assistencial. Segundo um estudo realizado por Filho *et al.* (12), foi incluso em sua pesquisa 116 registros de internamentos, onde verificou-se que 113 internamentos foram expostos a pelo menos um tipo de evento adverso, totalizando a 2.869 ocorrências, sendo 1.437 notificáveis, 1.418 incidentes sem danos, nove potenciais eventos adversos e cinco eventos adversos. Após análise destes eventos, constatou-se que os incidentes aconteceram durante a fase da prescrição, onde estimou-se a prevalência de 97,4% incidentes relacionados a medicação. Conforme Volpe (13), foram levantados 17 erros de medicação divulgados na mídia brasileira, 14 classificados como gravíssimos e quanto ao tipo de erro, os medicamentos incorretos corresponderam a 35,29%, 64,70% foram erros de via de administração, 29,41% de dose e 6 casos apresentaram mais de um erro. Através deste estudo podemos concluir que ainda são altos os números dos erros de medicação, ocorrência esta que compromete a segurança dos pacientes atendidos em instituições de saúde. Mesmo com tanto avanço na área da saúde, muito tem que ser estudado a fim de traçar estratégias de gestão do risco, com finalidade de prevenção de erros.

**Descritores:** Segurança do paciente, erros de medicação, eventos adversos.

#### **Referências:**

1. LIMA VC, TAVEIRA VC. Produção de medicamentos injetáveis em grande volume. Cenarium Farmacêutico, v.4, n.4, 2011.
2. FLYNN L, *et al.* Nurses' practice environments, error interception practices, and inpatient medication errors. J Nurs Scholarsh, v.44, n.2, p.180-186, 2012.
3. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos, 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo-Medicamentos.pdf>>. Acesso em: jun 2018.
4. BOHOMOL E. Erros de medicação: estudo descritivo das classes dos medicamentos e medicamentos de alta vigilância, v.18, nº 2, p. 311 - 316, 2014.
5. SULLIVAN KM, *et al.* Enhancing high alert medication knowledge among pharmacy, nursing, and medical staff. J Patient Saf 2013
6. CASSIANI SHB, DEUS NN, CAPUCHO HC. Administración segura de medicamentos. In: Cometto MC, organización. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington (EUA): Organización Panamericana de La Salud; 2011.
7. INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES, ISMP. High Alert Medications, 2012.
8. NÉRI ED, *et al.* Erros de prescrição de medicamentos em um hospital brasileiro, 2011. Rev. Assoc. Med. Bras. v.57, n.3, p.306-314, 2011.
9. JAMES, JT. A New, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J. Patient. Saf., v.9, p.122-128, 2013.



10. MAKARY MA, DANIEL M. Medical error - the third leading cause of death in the US. *BMJ*, v.353, n.2139, p.1-5, 2016.
11. PEDROSA TMG, COUTO RC. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 24, n. 2, p. 216-222, 2014.
12. FILHO F, *et al.* Prevalência de incidentes relacionados à medicação em unidade de terapia intensiva. *Brasília: Acta Paul Enferm.*, v. 28, n.4, p.331-336, 2015.
13. VOLPE CRG. Eventos adversos no sistema de medicação: a magnitude do problema. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.



## Segurança do paciente: o manejo e conservação da insulina

Patient safety: the management and maintenance of insulin.

Luana Cristina Monteiro Goes, Beatriz Muniz de Oliveira, Edla Moreira Claudino, Gabriela Malinosky Sepulveda, Meiry Herlen de Paula Souza, Vanessa Vieira da Silva, Alexandra Schmitt Rasche Silva, Rosana Neves Paes.

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

### RESUMO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, a insulina está entre os medicamentos que estão mais propensos a serem envolvidas em erros, colocando em risco a segurança do paciente se não houver o armazenamento e manejo correto. A insulina nunca deve ser exposta a temperaturas acima de 8°C e inferiores a 2°C, e quando conservada sob refrigeração, a insulina ou a caneta descartável em uso deverá ser retirada da geladeira entre 15 a 30 minutos antes da aplicação, para prevenir dor e risco de irritação no local de aplicação (1). A fim de se conservar o medicamento, deve-se estar atento a sinais de aquecimento, congelamento, precipitação ou mudança na cor, que podem significar diminuição da potência. Utilizar práticas seguras e aprimorar a comunicação dos profissionais em ambiente hospitalar é de suma importância para a segurança do paciente. Objetivos: Elaborar plano de ações educativas para graduandos e profissionais de enfermagem de forma a garantir a segurança do paciente no manejo e conservação da insulina. Metodologia: o presente estudo trata-se de um relato de experiência que foi realizado pelos discentes do curso de graduação Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) como proposta de atividade curricular na Disciplina de Didática Aplicada à Enfermagem, onde elaborou-se um plano de ações educativas como atividade didática junto aos acadêmicos de enfermagem, a partir de uma revisão bibliográfica, que inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e melhoria da prática clínica, como fundamento teórico para realização em sala de aula, juntamente com orientação da monitora e professora, da atividade de simulação nas demonstrações sobre como realizar o manejo de insulina dentro dos postos de enfermagem. Discussão: O Instituto de Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos (2), no Boletim ISPM, volume 1, número 2, publicou um artigo intitulado “Erros de Medicação, Riscos e Práticas Seguras na Terapia com insulinas”, em junho de 2012, no qual a insulina está entre os cinco medicamentos que mais causam danos a pacientes adultos e pediátricos. Além disso, este mesmo medicamento encontra-se na listagem de medicamentos potencialmente perigosos utilizados em âmbito hospitalar proporcionada também pelo Boletim ISPM. A possibilidade de prevenir e evitar a ocorrência de efeitos adversos relacionados a medicamentos (EAM) aponta para a necessidade de avaliar as causas, assim como os fatores humanos e estruturais envolvidos nesse processo de modo a permitir a implementação de barreiras de prevenção e diminuir os riscos para os pacientes. Resultados: A formação do enfermeiro implica no desenvolvimento da capacidade de observação da realidade, na minimização dos riscos de erro e na preservação da integridade física dos pacientes, a fim de



melhorar os processos de administração do cuidado prestado à clientela assistida (3). Assim uma das formas deste controle está relacionada aos treinamentos em serviço e atualizações acerca do correto manejo de medicamentos e equipamentos. Conclusão: O trabalho trouxe a experiência do planejamento educativo na ação do enfermeiro e no exercício da formação em serviço para graduandos, profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem. Assim, neste estudo revela-se a experiência vivida pelos discentes na elaboração e planejamento de uma atividade educativa e sua importância na formação em serviço e também na graduação em enfermagem. A excelência na assistência prestada está diretamente relacionada à capacidade de treinamento/ formação em serviço. Além disso, é de suma importância destacar que o enfermeiro deve se manter atualizado no que tange a temática segurança do paciente, a partir do momento que o mesmo está responsável por sua equipe de enfermagem e junto a isto, por toda a clientela presente no setor que está exposta aos cuidados destes mesmos profissionais, visando uma melhoria na qualidade do cuidado e redução de danos e erros.

**Descritores:** insulina, enfermagem.

**Referências:**

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Aplicação de insulina: dispositivos e técnica de aplicação. São Paulo. 2014-2015.
2. ISMP Brasil. Boletim ISMP. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos, v.8, n.3, fevereiro, 2019.
3. SOUZA CR, ZANETTI ML. Administração de insulina: uma abordagem fundamental na educação em diabetes. Rev. Esc. Enf. USP, v.34, n.3, p.264-270, 2000.



## Importância da reconciliação medicamentosa na segurança do paciente.

Importance of drug reconciliation in patient safety.

Samara Khaled SaadeddineTrus.

Cianorte – Paraná

### RESUMO

Os medicamentos passaram por vários avanços, juntamente com a tecnologia, sendo considerados de grande importância por fazerem parte do cuidado à saúde do indivíduo seja na prevenção ou no tratamento de doenças. Sabe-se que mais de 50% dos medicamentos utilizados no mundo, são usados de forma inadequada gerando danos ao sistema de saúde e aos pacientes. Com a finalidade de reduzir estes danos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu o farmacêutico como profissional capacitado para conduzir as ações destinadas a melhorar o uso racional destes medicamentos. É factível a esse profissional a educação terapêutica permanente da equipe e da população a fim de tornar o tratamento mais eficaz, promovendo saúde e diminuindo agravos (1). Segundo Delduque e colaboradores (2), em busca de um atendimento de qualidade a OMS instituiu em 2006 a reconciliação medicamentosa como uma estratégia importante para aumentar a segurança dos pacientes internados, elegendo-a como prioritária em um projeto internacional de segurança do paciente, chamado “High 5s”. É importante mencionarmos que países como o Canadá, Estados Unidos e Reino Unido passaram a incorporar o serviço de reconciliação medicamentosa em suas práticas farmacêuticas hospitalares cujo objetivo era melhorar a assistência prestada (3,4,5). Objetivo: analisar quais as inconsistências medicamentosas encontradas em prescrições. Para o desenvolvimento do artigo foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa, com seleção de livros, artigos nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo. Em estudo realizados por Cornish *et al.* (6) observou-se mais de 60% dos pacientes admitidos em hospitais terão pelo menos uma discrepância durante o internamento e completando este estudo, Gleason e colaboradores (7) verificaram que a maioria das diferenças encontradas em seus estudos foram originadas pelas falhas na obtenção do histórico medicamentoso dos pacientes, falhas estas que podem acarretar em prolongamento na internação, danos temporários, aumento no monitoramento ou até mesmo necessidade de intervenção. Nas pesquisas realizadas por Frizon *et al.* (8), foram selecionados 24 pacientes que necessitaram de reconciliação medicamentosa, 15 apresentavam pelo menos um tipo de erro relacionado ao medicamento, sendo necessária a intervenção farmacêutica. Ainda neste estudo foram detectadas 61 discrepâncias entre o uso de medicamentos prévios e a prescrição hospitalar, das quais 41 estavam relacionadas à omissão de medicamentos e 18 a medicamentos adicionais não necessários. Graça (9) identificou em sua pesquisa 137 discordâncias nas prescrições médicas, sendo a maioria não intencional e as demais por erro de omissão. Estudos realizados por Andreoli *et al.* (10), Salanitro *et al.* (11) e Huynh *et al.* (12), além de tratarem do tipo de inconsistência com maior relevância, eles mostraram que a idade do paciente, o número de medicamentos prescritos e a utilização de medicamentos para o sistema cardiovascular parecem ter influência no aumento do número de inconsistências encontradas. Em pesquisa realizada por



Bispo *et al.* (13), houve a inclusão de 104 pacientes, destes foram encontradas 63 discrepâncias de medicação. Os resultados deste trabalho demonstraram que a aquisição do histórico de medicação já utilizada pelo paciente é muito importante e o farmacêutico é o profissional capacitado para ajudar a equipe médica a corrigir esta situação. No entanto novas pesquisas devem ser realizadas a fim de obter uma avaliação mais profunda sobre esta interação medicamentosa.

**Descritores:** Reconciliação medicamentosa, segurança do paciente, farmácia hospitalar.

#### **Referências:**

1. BERNARDI LS, *et al.* Perception and use of health education for rational use of drugs by physicians. Rev. Bras. Promo. Saúde, Fortaleza, v.27, n.4, p. 485-494 2014.
2. DELDUQUE MC, DALLARI SG, ALVES SMC. Decreto que institui a Política Nacional de Participação Social: impactos na saúde. Cad. Saúde Pública, v.30, n.9, p.1-3, 2014.
3. MUELLER SK, *et al.* Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. Arch Intern Med. v.172, p.1057-1069, 2012.
4. MEKONNEN AB, MCLACHLAN AJ, BRIEN JE. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. J Clin. Pharm Ther. v.41, p.128-144, 2016.
5. PHATAK A, *et al.* Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). J Hosp Med. v.11, n.1, p.39-44, 2016.
6. CORNISH PL, *et al.* Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. v.165, n.4, p.424-429, 2005.
7. GLEASON KM, *et al.* Results of the medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. J Gen Intern Med. v.25, n.5, p.441-447, 2010.
8. FRIZON F, *et al.* Reconciliação de medicamentos em hospital universitário. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.454-460, 2014.
9. GRAÇA, DDC. Avaliação do processo de conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no estado do Rio de Janeiro. 2015. 192 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
10. ANDREOLI L, *et al.* Medication reconciliation: a prospective study in an internal medicine unit. Drugs Aging, v.31, n.5, p. 387-389, 2014.
11. SALANITRO AH, *et al.* Rationale and design of the multicenter medication, reconciliation quality improvement study (MARQUIS). BMC Health Serv Res n.13, p.230, 2013.
12. HUYNH C, *et al.* Medication discrepancies at transitions in pediatrics: A review of the literature. Pediatr Drugs. v.15, n.3, p.203-215, 2013.
13. BISPO MA, *et al.* Reducing errors through discharge medication reconciliation by pharmacy services. Am J Health Syst Pharm., v.72 (17 Suppl 2), p.120-126, 2015.



## **Metas internacionais de segurança do paciente: o *checklist* e o enfermeiro à frente da equipe multiprofissional cirúrgica**

International patient safety goals: the checklist and the nurse at the head of the multiprofessional surgical team

Hérica de Mattos Reis<sup>1</sup>, Rayana Gonçalves de Brito<sup>1</sup>, Rafaele de Aguiar<sup>2</sup>.

Faculdade Estácio do Amazonas<sup>1</sup> e Hospital e Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste (HPSC-ZO) – Manaus-AM<sup>2</sup>

### **RESUMO**

As questões associadas à segurança do paciente constituem um problema de saúde em todo o mundo (1,2). Nas últimas décadas, nota-se uma preocupação em torno das políticas para a melhoria da qualidade assistencial e a problemática que envolve os riscos à segurança do paciente se torna tema de vários estudos no sistema de saúde. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2013, objetiva contribuir para a qualificação da assistência ao cliente em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (1). A cirurgia segura é um dos seis atributos das Metas Internacionais de Segurança do Paciente estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) buscando maior segurança durante os procedimentos cirúrgicos, através de etapas sistematizadas que envolve toda a equipe multiprofissional (2). Nesse aspecto, cuidar integralmente, associando o conhecimento reflexivo e crítico, exige do profissional enfermeiro raciocinar clinicamente as necessidades de saúde e planejar os cuidados voltados ao cliente cirúrgico desde o momento da internação até a checagem segura “time out”, sendo um dos momentos principais e determinantes do ato operatório (4). Objetivo: identificar o uso do *checklist* e a correlação com as competências do enfermeiro à frente da equipe multiprofissional cirúrgica. Metodologia: este trabalho foi delineado através das 6 etapas da revisão integrativa, a saber: 1) identificação do tema e seleção da questão norteadora, seguida pelos descritores; 2) seleção da amostragem/ determinação dos critérios de inclusão e exclusão; 3) categorização dos estudos; 4) análise dos dados extraídos de forma crítica; 5) discussão e interpretação dos resultados e 6) apresentação da revisão integrativa e síntese do conhecimento. A busca dos artigos científicos ocorreu em três bancos de dados – SciELO, LILACS e BVS/MS – no período de 2015 a 2019 a partir dos descritores: “Assistência ao Paciente”; “Cuidados de Enfermagem”; “Lista de Checagem” e “Segurança do Paciente”. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra nas bases de dados online; publicados no período delimitado e disponíveis em língua vernácula. A amostra da pesquisa foi de 18 artigos selecionados. Logo, foram excluídos dissertações, teses e capítulos de livros, artigos duplamente indexados nas bases de dados pesquisadas e aqueles que não atenderam aos objetivos do estudo. Resultados e discussão: A análise dos resultados apontou a importância do enfermeiro estar atento no momento da realização do *checklist* das atividades que serão desenvolvidas, antes, durante e depois das cirurgias (1), com vistas à redução de erros e eventos adversos, uma vez que podem ser evitados com a implantação de medidas simples e seguras adotadas pela equipe multidisciplinar para evitar danos ao paciente. A implantação do time out “cirurgia segura”, em instituições de saúde, necessita ser acompanhada e avaliada para identificar possíveis falhas nas etapas de aplicação, assim como as





possíveis dificuldades de adesão das equipes cirúrgicas, almejando a promoção de melhorias na segurança do paciente em todos os momentos. Estudos apontam que, quando há falhas em alguma etapa do *checklist*, o risco de infecção associado aos cuidados de saúde em alguns países em desenvolvimento é até 20 vezes maior que em países desenvolvidos, revelando que a segurança do paciente é definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos (3) ou lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar e domiciliar. Entre as principais falhas, destacam-se: a baixa adesão da equipe médica para realização do “*time out*” e para confirmação do local do procedimento, por meio de marcação, conforme protocolo institucional; os erros de montagem de sala cirúrgica; a não implementação de todas as etapas do processo de enfermagem; a ausência de diálogo entre o paciente e a equipe a respeito dos medos, da ansiedade, das dúvidas do pós-operatório; a falta de entendimento entre a equipe multiprofissional (comunicação não-efetiva); a movimentação e os ruídos excessivos na sala cirúrgica e, por fim, a não realização do *checklist* recomendado pela OMS. Assim, a lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC) é uma ferramenta adotada para proporcionar segurança ao paciente no pré, trans e pós-operatório (5), sendo o enfermeiro o profissional mais indicado para orientar a checagem dos dados do paciente, informações clínicas e funcionamento dos equipamentos, podendo prevenir uma série de complicações durante o procedimento. Nesse sentido, o objetivo da Cirurgia Segura como Meta Internacional de Segurança do Paciente, busca garantir a segurança do cliente em todas as etapas da cirurgia, ou seja, o enfermeiro e equipe devem atentar-se para evitar erros de identificação de paciente, assim como o sítio cirúrgico ser bem delimitado e checado, além de prover todos os materiais e demais recursos necessários disponíveis para uma operação eficaz e segura. Para tanto, as checagens são extensas, porém, rápidas, abrangendo desde agendamento cirúrgico até o pós-operatório. Conclusão: notou-se a importância do enfermeiro na gestão da equipe multiprofissional cirúrgica, principalmente durante o *checklist*, agindo no controle e prevenção dos eventos adversos. Entretanto, há muito a percorrer nos caminhos da segurança efetiva para o paciente em todos os períodos operatórios, uma vez que, infelizmente, ainda encontram-se entraves que, de certa forma, desfavorecem essa meta. Diante do exposto, espera-se que esta pesquisa traga contribuições para o aprimoramento e desenvolvimento do conhecimento científico sobre o desafio na atuação do enfermeiro e equipe de saúde na Cirurgia Segura – “*time out*”. Com isso, almeja-se que este estudo se torne uma ferramenta de divulgação desta temática, incentivando o desenvolvimento de outras pesquisas, tendo em vista não só a relevância científica que apresenta, mas, também, social, diante da melhoria da assistência oferecida aos pacientes cirúrgicos.

**Descritores:** Assistência ao Paciente. Cuidados de Enfermagem. Lista de Checagem. Segurança do Paciente.

#### Referências:

1. ALMEIDA RE, RODRIGUES MCS. Execução da lista de verificação de segurança cirúrgica em operações pediátricas: avaliação da conformidade. Rev Gaúcha Enferm. v.40. Rio Grande do Sul, 2019.
2. AMAYA MR, *et al.* Análise do registro e conteúdo de checklist para cirurgia segura. Rev Esc Anna Nery, v. 19, n. 2. Rio de Janeiro, 2015, p. 246-251.



3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília-DF, 2013.
4. GUTIERRES LS, *et al.* Adesão aos objetivos do programa cirurgias seguras salvam vidas: perspectiva de enfermeiros. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 27. São Paulo, 2019, p. 1-10.
5. REIS GAX, *et al.* Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. v.26, n.2, Texto Contexto Enferm, São Paulo, 2017.



## **Segurança do paciente: relato de implementação de placas de identificação à beira leito em um hospital público infantil do Estado do Amazonas**

Patient safety: report of the implementation of nameplates at the bedside in a public children's hospital in the State of Amazonas

Geovana Ribeiro Pinheiro<sup>1</sup>, Kamilly Clemente Carioca<sup>1</sup>, Rafaelle de Aguiar<sup>2</sup>, Rayana Gonçalves de Brito<sup>1</sup>.

Faculdade Estácio do Amazonas

### **RESUMO**

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um dos 6 atributos da qualidade do cuidado, e possui grande importância para os pacientes (1), famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura (2). Em 2013, o Ministério da Saúde aprovou ainda 3 protocolos de segurança através da Portaria nº 2095 em que destaca a Identificação do Paciente que busca o atendimento ao paciente correto, assim como prevenir possíveis erros prejudiciais à saúde durante a internação por parte dos profissionais da saúde (1). Nesse contexto, é exigido pelo menos 3 identificadores básicos: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente e número do prontuário (3). Objetivo: descrever a experiência da utilização das placas de identificação do paciente em todas as enfermarias pediátricas, incluindo centro cirúrgico. Metodologia: trata-se de um relato de experiência de uma visita técnica ocorrida no período de abril a junho de 2019 no Hospital e Pronto Socorro da Criança Zona Oeste, localizado na cidade de Manaus-AM. A visita técnica é componente curricular no 6º período do curso de Enfermagem e é caracterizado por ações práticas e de gestão na área hospitalar. As informações foram coletadas através de anotações dos dados observados durante a rotina dos gestores do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Resultados e discussão: Durante a visita técnica foi destacado um dos componentes do PNSP – a Identificação do Paciente – cujas enfermarias, até março de 2019, possuíam apenas folhas de papéis impressos em preto e branco, formato A4 e introduzidas em expositores nos leitos, gerando maiores custos, maior quantidade de tempo para o preenchimento e não permitia a correção das informações já transcritas manualmente. Essas “placas” destacavam: número do leito; nome do paciente com idade, data e hora da admissão; data de nascimento; nome da mãe; especialidade; riscos para segurança do paciente (queda, flebite, broncoaspiração e lesão por pressão) e precauções (padrão, contato, gotículas e aerossóis). Atualmente, as placas de Identificação do Paciente foram adaptadas. O novo modelo foi confeccionado em tamanho maior, dados em cores e com material feito em acrílico, inclui um esquema de cores planejado de acordo com as observações mais importantes; além de permitir que seja retificado e os dados atualizados sempre que necessário, permitindo também a assepsia do material. As novas placas em acrílico mantiveram as informações básicas de identificação do paciente e ainda acrescentou informações como: “Alergia” e “Precauções” em destaque no tom vermelho. Além de todas essas informações, o nome das



Enfermarias também foi adaptado à pediatria como, por exemplo, “Enfermaria Sorvete Cirúrgica”. A nova adaptação das placas de identificação foi realizada com o intuito de reduzir a ocorrência de incidentes, visto que a Unidade Hospitalar ainda não dispõe de recursos necessários para efetivar o Protocolo de Identificação do Paciente em sua totalidade. O modelo anterior era oneroso com muitos gastos com papéis, uma vez que cada paciente admitido utilizava-se uma nova impressão. Em contrapartida, o lado orçamentário e sustentável do novo modelo permitiu a economia e praticidade no preenchimento, contendo as informações mínimas necessárias para assegurar o paciente e prevenir incidentes. Nesse sentido, a equipe de assistência à saúde ainda passa por um processo de adaptação aos novos hábitos exigidos quando se refere ao preenchimento completo e correto das novas placas, falha que já está sendo trabalhada junto ao NSP visando a melhoria do serviço. Conclusão: A implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente é essencial para evitar e avaliar a magnitude dos erros e possíveis eventos adversos. As equipes de saúde precisam entender a importância do preenchimento completo e correto das novas placas de identificação à beira leito, registrando todas as informações exigidas. Essa conduta, além de buscar ampliar o universo das práticas seguras no ambiente hospitalar, garante não apenas um cuidado mais eficaz, mas, também, uma comunicação efetiva entre os profissionais, clientes e familiares, assim, sugere-se investimento contínuo em educação em saúde para todos os colaboradores envolvidos.

**Descritores:** Segurança do paciente. Cuidados de enfermagem. Paciente.

**Referências:**

1. PRATES CG, *et al.* Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. Rev. Gaúcha Enferm. v. 40, Porto Alegre, 2019.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. Protocolo de Identificação do Paciente. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente.



## Abordagem da segurança do paciente no transporte intra-hospitalar: revisão integrativa

Intra-hospital transport patient safety approach: an integrative review

Isandra Ferreira Barbosa<sup>1</sup>, Isadora Ferreira Barbosa<sup>1</sup>, Geovana Ribeiro Pinheiro<sup>2</sup>,  
Cristiane Cavalcante Amorim<sup>2</sup>, Taline Monteiro Barros<sup>2</sup>, Rauane Rodrigues Teixeira<sup>2</sup>,  
Renato Ferreira Negrão<sup>2</sup>, Rayana Gonçalves de Brito<sup>2</sup>.

Centro Universitário da Amazônia (UNAMA)<sup>1</sup> e Faculdade Estácio do Amazonas<sup>2</sup>

### RESUMO

O conceito de segurança do paciente aborda a prevenção de possíveis prejuízos causados durante a realização de cuidados à saúde dos pacientes e de outros sujeitos envolvidos nesse processo, estando susceptíveis à possíveis erros, devido à gama de fatores que envolvem o cuidado (1,2). Objetivo: Identificar a importância da segurança do paciente no atendimento intra-hospitalar móvel. Metodologia: Pesquisa qualitativa do tipo revisão de integrativa. Foram encontrados 15 artigos nas bases de dados *SciELO* e *LILACS* (2015-2018), sendo selecionados 10 destes, a partir dos descritores: “assistência à saúde”, “capacitação profissional”, “enfermagem”, “segurança do paciente” e “transporte prevenido”. Foram excluídas publicações em língua não-vernácula, artigos incompletos, repetidos e não correspondentes ao período delimitado. Resultados: O transporte de pacientes de um ambiente para a realização de um transporte intra-hospitalar associa-se de 4,2 a 70% de complicações, em 38% dos casos, os incidentes sucedem na fase de pré-transporte e 47% na fase de transporte. Na etapa do pré-transporte os incidentes mais evidenciados foram relativos aos equipamentos e as questões organizacionais (3,4). Apesar dos benefícios obtidos a partir do transporte seguro, a exposição ao risco é grande e pode impactar sobre o aumento da morbimortalidade (5,6). O transporte do paciente crítico retrata um grande desafio para os profissionais de saúde, por envolver a necessidade de integrar não apenas a tecnologia ao cuidado, mas, acima de tudo, o domínio de princípios científicos e, ao mesmo tempo, estabelece a precisão de assegurar as necessidades terapêuticas do paciente, a fim de minimizar os eventos adversos e garantir uma assistência segura e de qualidade ao paciente (7). Conclusão: As complicações relacionadas ao transporte são diretamente equivalente ao tempo e à falta de preparo adequado. O ato de transportar deve ser designado, planejado e executado de forma segura e eficiente sem expor o paciente a riscos desnecessários, evitando complicar seu estado clínico (8,9). É necessário definir estratégias para assegurar o transporte seguro aos pacientes internados, reduzindo riscos e complicações, devendo ocorrer o preparo da equipe, pois, a presença do enfermeiro nas viaturas que realizam transporte do tipo unidade móvel destinada ao atendimento pré-hospitalar somente deve ser desenvolvida na presença do enfermeiro, por isso, se faz necessário o preparo científico e prático, desenvolvendo ações de assistência para o manejo e segurança do paciente de forma segura (10).

**Descritores:** Enfermagem; Segurança do paciente; Transporte prevenido.

### Referências:

1. SILVA R, AMANTE LN. *Checklist* para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm*,



- Florianópolis, 2015 Abr-Jun; 24(2): 539-47. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00539.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00539.pdf)>. Acesso em 09 de jun. de 2019.
2. GISMONDI R. Transporte intra-hospitalar seguro: o que é e como fazer? PEBMED; Rio de Janeiro; 2018. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/transporte-intra-hospitalar-seguro-o-que-e-e-como-fazer/>>. Acesso em 12 de jun. de 2019
  3. CARNEIRO TA, *et al.* Transporte de paciente crítico: um desafio do século XXI. *Rev enferm UFPE on line. Recife, 11(1):70-7, jan., 2017 70.* Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/6998>>. Acesso em 29 de maio de 2019.
  4. AZEVEDO MT, *et al.* Protocolo para transporte intra-hospitalar de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Revista de Medicina da UFC, 2018; 58(4):83-89.* Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/39493>>. Acesso em 12 de jun. de 2019.
  5. CASTRO GLT, *et al.* Proposta de passos para a segurança do paciente no atendimento pré-hospitalar móvel. *Texto Contexto Enferm, Santa Catarina, 2018; 27(3):e3810016.* Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300309&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300309&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 29 de maio de 2019.
  6. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Transporte Intra-Hospitalar de Clientes. *Serviço de Educação em Enfermagem da Divisão de Enfermagem/, Uberaba, 2016. 18ap.* Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Protocolo+de+Transporte+Intra-Hospitalar+de+Clientes+vers%C3%A3o+final.pdf/eb21162f-8a3a-4576-b2a2-22179b2c8ae1>> Acesso em 12 de jun. de 2019.
  7. TEIXEIRA AS, *et al.* *Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, OUT-DEZ 2016.* Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0292.pdf>> Acesso em 09 de jun. de 2019.
  8. SOUZA LO, *et al.* O uso de protocolos de segurança do paciente nas instituições hospitalar. *Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 19(1): 70-77, jan-mar, 2017.* Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/17720/12146>> Acesso em 09 de jun. de 2019.
  9. BERGMAN LM, *et al.* Perigos para a segurança durante o transporte intra-hospitalar: um estudo observacional prospectivo. PROQUALIS; Rio de Janeiro, e1043-e1049; 2017. Disponível em: <<https://proqualis.net/artigo/perigos-para-seguran%C3%A7a-durante-o-transporte-intra-hospitalar-um-estudo-observacional>> Acesso em 12 de jun. de 2019.
  10. MOURA EL, *et al.* Transporte seguro. PRO.NUSEP.007, Ceará, 2017; Página 1/12. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1110036/PRO.NUSEP.007+-+TRANSPORTE+SEGURO.pdf/689891ad-95aa-47a7-b8d3-ed75ebfc9e88>> Acesso em 29 de maio de 2019.