

**UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALVARO ANTONIO COSTA MARTINS

**PROTOCOLOS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

SANTOS

2021

ALVARO ANTONIO COSTA MARTINS

**PROTOCOLOS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel, em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Metropolitana de Santos.

Orientadora: Prof.^a Mestre: Nádia Ap Silva dos Santos

Coorientadora: Prof.^a Mestre: Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros

SANTOS

2021

Dedico este trabalho à minha família, pelo apoio incondicional, e a minhas orientadoras, por me ajudarem durante todo o desenvolvimento deste trabalho, sempre me apoiando inclusive nos momentos mais baixos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela minha vida, e por me ajudar a vencer todos os obstáculos encontrados ao longo deste percurso.

Gostaria de agradecer e dedicar esta dissertação às seguintes pessoas:

Minha família: Minha mãe Alexandra, meu pai Antonio e minha irmã Mariana, e minha avó, Ana Maria, pois sem eles não seria possível chegar aonde estou neste momento.

Professores com quem tive a felicidade de encontrar neste caminho: Ana Bellemo, Ana Virgínia, Eneida, Nádia, Lucilene, Renata, Rosely, Sônia, Suzy. Todos vocês tiveram grande importância na formação da pessoa que me tornei hoje, muito obrigado.

A meus amigos e colegas:

- Da Bahia: Arthur;
- De Goiás: Marcus, Eric;
- Do Piauí: Gabriel;
- Do Rio de Janeiro: Allan;
- De São Paulo: Almir, Eder, Jeferson, João, Lucas, Luis, Matheus, Vitor;
- Atualmente morando no exterior: Guilherme

A meus orientadores: Prof.^a Nádia Ap Silva dos Santos e Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros. MUITÍSSIMO obrigado por participarem comigo nesta jornada, me auxiliando e me motivando mesmo nos momentos mais baixos, quando parecia que nada daria certo.

Peço perdão adiantado caso você ache que seu nome deveria estar listado aqui e não está, mas é um pouco complicado lembrar de todas as pessoas que conheci durante todos esses anos. Há muitas pessoas que conhecemos durante este período que contribuíram muito para o meu crescimento (mesmo que seja com uma palavra gentil).

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

- Martin Luther King

RESUMO

MARTINS, Alvaro. Protocolos Internacionais de Segurança do Paciente: Uma Revisão da Literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos, 2021.

Por conta de sua grande repercussão no final da década de 1990 e começo dos anos 2000 a temática segurança do paciente tornou-se destaque com proporções à níveis globais devido à grande frequência com que eventos adversos ocorriam. Em 2002 a OMS formou um grupo de trabalho visando a segurança do paciente, e em 2005 criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), propondo diretrizes e estratégias para a garantia da segurança do paciente. Mais tarde, em 2008 no Brasil, a REBRAENSP (Rede Brasileira de Segurança do Paciente) foi criada com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem em termos da segurança e qualidade. Em 2013, foi criado o PNSP (Programa Nacional de Segurança do Paciente) com o objetivo de instituir ações para prevenção e mitigação de acidentes. Esse programa instituiu seis protocolos internacionais: identificação do paciente, comunicação segura, administração segura de medicamentos, cirurgia segura, higiene apropriada das mãos e prevenção de lesão por pressão e quedas. Esses protocolos serão revisados a seguir neste trabalho.

Palavras-chave: “Assistência de Enfermagem”. “Segurança do Paciente” “Metas Internacionais”.

ABSTRACT

MARTINS, Alvaro. International Patient Safety Protocols: A Literature Review. Completion of course work (Bachelor of Nursing) - Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos, 2021.

Due to its great repercussion in the late 1990s and early 2000s the field of patient safety became a major discussion with worldwide proportions due to the high frequency at which adverse events occurred. In 2002 the World Health Organization (WHO) formed a working group focused on patient safety, and in 2005 it created the World Alliance for Patient Safety, proposing guidelines and strategies for ensuring patient safety. Later, in 2008 in Brazil, the REBRAENSP (Brazilian Patient Safety Network) was created with the aim of strengthening nursing care in terms of safety and quality. In 2013, the PNSP (National Program of Patient Safety) was created with the objective of instituting actions for the prevention and mitigation of accidents. This program standardized six international protocols: patient identification, safe communication, safe medication administration, safe surgery, proper hand hygiene, and prevention of pressure injury and falls. These protocols will be reviewed as follows in this final paper.

Keywords: "Nursing care". "Patient safety". "International Goals".

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	21
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de ocorrência de quedas e taxa de incidência anual nas unidades de internação e na emergência – Porto Alegre, RS, Brasil, 2015.....	31
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

IOM	<i>Institute of Medicine of the National Academies</i>
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
EA	Eventos Adversos
LP (ou LPP)	Lesão por Pressão
CC	Centro Cirúrgico
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
LVSC	Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.5
3 REVISÃO DA LITERATURA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.6
3.1 Lesão por Pressão	18
3.2 Prevenção de Queda	19
3.3 Cirurgia Segura	20
3.4 A importância da higienização das mãos	22
3.5 Identificação do Paciente	23
3.6 Comunicação Efetiva	24
3.7 Administração Segura de Medicamentos	26
4 METODOLOGIA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.7
5 RESULTADOS PARCIAIS	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.0
5.1 Lesão por Pressão	30
5.2 Prevenção de Queda	31
5.3 Cirurgia Segura	32
5.4 A importância da higienização das mãos	33
5.5 Identificação do Paciente	34
5.6 Comunicação Efetiva	35
5.7 Administração Segura de Medicamentos	36
6 DISCUSSÃO	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS Erro! Indicador não definido.	40

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar e domiciliar¹.

Os problemas relacionados a segurança do paciente constituem um problema a nível global. Florence Nightingale já pregava “Pode parecer talvez estranho um princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”. Florence foi pioneira na prevenção de eventos adversos. “Tal prevenção trata-se de um princípio que se torna cada vez mais relevante e atual”¹.

Desde as últimas décadas surgiu um movimento global cujo objetivo visa a melhoria da segurança do paciente, assim como à garantia de uma assistência de qualidade. Esse movimento busca esforços de todo o sistema de saúde com o intuito de promover o gerenciamento de riscos e um ambiente seguro, incluindo também a administração segura de medicamentos².

Estudos apontaram que nos países desenvolvidos, um em cada 10 pacientes é prejudicado ao receber cuidados hospitalares. O risco de infecção associado aos cuidados de saúde nos países em desenvolvimento chega a ser até 20 vezes maior¹.

No final da década de 1990, a temática “Segurança do Paciente” ganhou destaque por meio de sucessivas publicações, dentre elas “*To err is human: Building a safer health system*” (*Errar é humano, construindo um sistema de saúde mais seguro*), que foi elaborado pelo Comitê para Qualidade do Cuidado à Saúde na América (Committee on Quality of Health Care in America) do: *Institute of Medicine of the National Academies (IOM)*, elaborado em 2000¹. Este relatório estimava a ocorrência de 44 a 98 mil mortes anuais nos Estados Unidos, causadas por eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, e dessas, cerca de metade seriam evitáveis³. Dentre essas mortes, é estimado que 7.391 sejam por erros de medicação em hospitais, e mais de 10.000 em instituições ambulatoriais².

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o apoio de países membros, tomou a iniciativa de discutir a problemática. Em 2004, por meio do programa Aliança Mundial para Segurança do Paciente, foram criadas diversas diretrizes e estratégias no intuito de incentivar e divulgar práticas que garantissem a segurança do paciente. Tal programa definiu como prioridade o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências científicas com melhores práticas, bem como iniciativas de pesquisas de maior impacto, visando instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, promovido pelo comprometimento político dos estados signatários¹.

Desde então, na América Latina, há uma proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para que se articulem, a fim de cumprir as ações previstas na Aliança Mundial para a segurança do paciente⁴.

Diversas estratégias foram adotadas em nível mundial no sentido de melhorar o cenário da segurança nos serviços de saúde. Destaca-se que em 2005, a Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde, da OPAS, criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP)⁴.

No Brasil, uma das ações de maior impacto pode ser destacada em 2007, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou proposta com o objetivo de identificar os tipos específicos e a natureza dos problemas de segurança no serviço de saúde, para se adequarem às recomendações da OMS⁴.

A REBRAENSP surgiu em 14 de maio de 2008, após a criação da RIENSP, em novembro de 2005, e reuniões promovidas pelo Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da OPAS. É uma estratégia de vinculação, cooperação e sinergia entre pessoas e instituições interessadas no desenvolvimento conjunto dos cuidados de saúde, gestão, pesquisa, informação e educação, com o objetivo de contribuir para a segurança dos pacientes⁴.

Seu trabalho está estruturado em polos e núcleos, cujo propósito principal é disseminar a importância de mudanças culturais e da implementação da cultura de segurança nas instituições⁴.

Mais tarde, A ANVISA, em abril de 2013, em parceria com o ministério da saúde, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas de atenção, organização e gestão de serviços de saúde, através da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde do país⁴.

2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo a revisão da literatura, analisando o trabalho do enfermeiro em atuar e/ou intervir na segurança do paciente, abrangendo causas que levam aos acontecimentos de Eventos Adversos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Em abril de 2013 foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) numa tentativa de traçar estratégias nos estabelecimentos de saúde do país. Esse programa tem como objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde⁵.

Esse programa é composto de seis metas internacionais específicas que norteiam os profissionais por meio de protocolos: Identificação do paciente, comunicação segura, administração de medicamentos, cirurgia segura, higiene apropriada das mãos e prevenção de lesão por pressão e quedas^{5,6}.

Através do PNSP, foi desenvolvido o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) a fim de promover a prevenção, controle e mitigação de incidentes, além da integração dos setores, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente. O NSP tem papel fundamental no incremento de qualidade e segurança nos serviços de saúde^{5,6}.

Os Núcleos de Segurança do Paciente devem, antes de tudo, atuar como articuladores e incentivadores das demais instâncias do hospital que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e sinergias neste âmbito¹⁶.

Os NSPs serão responsáveis pela elaboração de um plano de segurança do paciente do serviço de Saúde que aponte e descreva as estratégias e ações definidas pelo serviço de Saúde para a execução das etapas de promoção, de proteção e de mitigação dos incidentes associados à assistência à saúde, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de Saúde¹⁶.

Apesar dos protocolos, ainda é comum encontrar instituições com dificuldades de implantação da NSP⁷. Para Cavalcante E.F.O. *et al.* “Há dificuldades estruturais, como falta de equipamentos, insumos e materiais escassos ou inadequados, recursos humanos insuficientes e/ou desprovidos de capacitação para promover a segurança do paciente. Tais fatores tornam a instituição de protocolos e estratégias de segurança do paciente uma atividade lenta e diária para os profissionais responsáveis⁷”.

Para Lima JL de, Siman AG, Amaro M de OF, Santos FBO. (2019, p.80) há uma fragilidade com relação a esse núcleo, pois os profissionais abordam a segurança do paciente como algo a longo prazo, devido a dificuldades de recursos humanos e financeiros⁶.

“O NSP não vem com mudanças radicais, e sim, reforçar transformações mínimas, rotineiras que são obrigações diárias, mas que infelizmente muitos profissionais, por esperar resultado em longo prazo acabam menosprezando o básico, o que acaba proporcionando o erro e omissão na assistência.”

Lima JL de, Siman AG, Amaro M de OF, Santos FBO. acredita que é necessário um engajamento por parte dos profissionais membros do NSP, estes devem desenvolver uma cultura de segurança na instituição, e serem preparados para uma atuação efetiva, pois somente a criação do núcleo na instituição não é capaz de alcançar as práticas seguras⁶.

Revisão das seis metas do PNSP

3.1 Lesão por Pressão

Anteriormente denominada úlcera por pressão, a lesão por pressão (LP) pode se apresentar em pele íntegra ou rompida, ser dolorosa ou não. Caracteriza-se por um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente, sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou artefato. Pode também ser afetada por fatores como o microclima, nutrição, perfusão periférica, comorbidades e pela sua condição²³.

A Portaria nº 529 e a Resolução RDC nº 36, ambas publicadas em 2013 pelo Ministério da Saúde, explicitam ações para a segurança do cliente em serviços de saúde e referem a finalidade de melhoria do cuidado em saúde por meio da proposição e validação de protocolos, guias e manuais, inclusive com foco na LPP²³.

O Relatório nacional de incidentes relacionados à assistência à saúde, notificou ao SNVS entre janeiro de 2014, a julho de 2017, dos 134.501 incidentes notificados, 23.722 (17,6%) referentes às LPP, sendo o terceiro tipo de evento mais frequentemente notificado pelos NSPs dos serviços de saúde do país¹³.

Nesse mesmo relatório, foram notificados cerca de 3.771 **never events** (eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde), sendo 2.739 (72,6%) decorrentes de lesão por pressão estágio 3 (perda da pele em sua espessura total, na qual o tecido adiposo é visível sem exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso) e 831 (22,0%), resultantes de lesão por pressão estágio 4 (perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso). Quanto aos óbitos notificados ao SNVS (766), no período de janeiro de 2014 a julho de 2017, 34 pacientes foram a óbito devido à lesão por pressão¹³.

Embora as orientações para as práticas seguras para a prevenção e manejo precoce da lesão por pressão existam há mais de três décadas, a implementação das recomendações nas instituições de saúde dependem de uma forte liderança e do trabalho em equipe e precisam integrar os aspectos clínicos, educacionais e gerenciais¹³.

3.2 Prevenção de Queda

Para a OMS, as quedas são responsáveis por 684 mil mortes anuais em todo o mundo, o que a torna a segunda maior causa de morte por injúria não intencional⁹. Para a OMS, queda é definida como vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças intencionais de posição para se apoiar no mobiliário, paredes ou outros objetos. Este representando um dos principais incidentes de segurança hospitalar, sendo responsável por dois em cada cinco eventos relacionados à assistência do paciente²⁵.

As principais consequências relacionadas às quedas com dano incluem limitações e/ou incapacidades físicas, piora da condição clínica, alterações de ordem emocional, aumento do tempo de internação e dos custos hospitalares, maiores índices de reinternação hospitalar e de alta para casas geriátricas, além de insatisfação e ceticismo com relação à qualidade da assistência, o que afeta negativamente a gestão em saúde, com implicações éticas e legais²⁵.

Sabe-se que a queda é um evento de causa multifatoriais, pacientes hospitalizados possuem risco aumentado de quedas devido ao ambiente desconhecido. A queda pode aumentar o impacto de condições, como a demência, a incontinência, problemas de equilíbrio, força, mobilidade e visão. Isso tudo somado a situação clínica desfavorável, como presença de doenças agudas, crônicas e a polifarmácia também predispões a quedas no ambiente hospitalar²⁵.

Diante dessa situação, a prevenção de quedas entrou para a lista da OMS das seis metas internacionais de segurança do paciente, e mais tarde, tornou-se um dos protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)²⁵

3.3 Cirurgia Segura

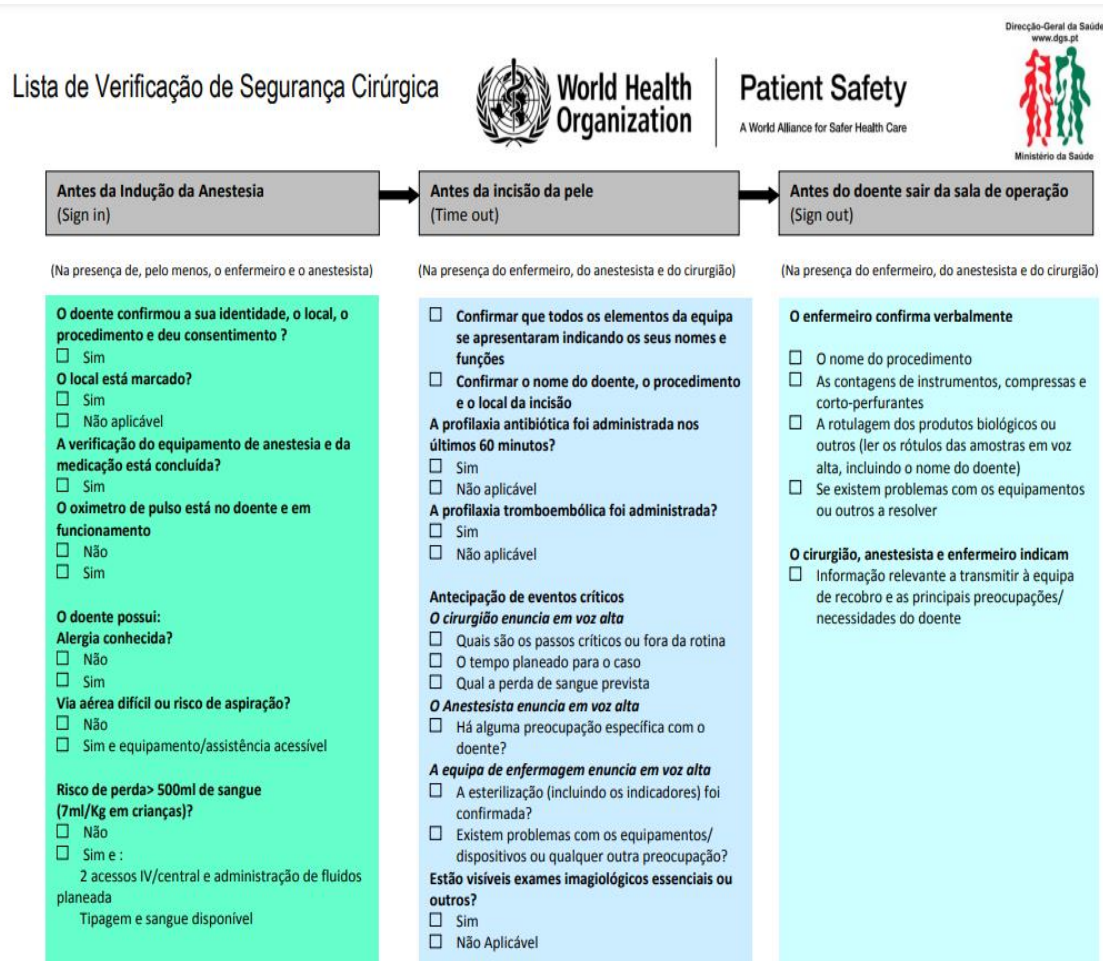
Para Moura M de L de O, Diego LA dos S. as complicações de cirurgias são eventos potencialmente controláveis, que contribuem para os elevados custos da assistência à saúde e ao aumento da morbidade/morbilidade e mortalidade dos pacientes¹⁴. Aproximadamente 15% dos pacientes submetidos a cirurgias apresentam eventos adversos, a maioria deles sendo de menor gravidade, e as ocorrências mais comuns são problemas com a ferida cirúrgica¹⁴.

Intervenções cirúrgicas realizadas em paciente errado, em local errado, ou utilizando procedimento errado representam complicações cirúrgicas graves e evitáveis, estas são classificadas como “*Never Event*”, ou seja, eventos que jamais deveriam ocorrer¹⁴.

Never Events são procedimentos errados que jamais deveriam ocorrer, como por exemplo procedimento realizado no local errado, lado incorreto, paciente errado, retenção de um corpo estranho dentro do paciente não intencionalmente, e morte de paciente durante cirurgia ou pós-operatório imediato de um paciente classificado como baixo risco¹⁴.

A OMS desenvolveu uma Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC). Essa lista foi criada com o objetivo de ser uma ferramenta padronizada para melhorar a segurança do paciente e reduzir a morbidade/morbilidade e a mortalidade associadas a desvios potenciais das melhores práticas, como por exemplo, no que diz respeito à profilaxia antibiótica e trombose venosa profunda, assim como erro evitável no cenário cirúrgico¹⁴.

Figura 1 – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS²⁶



Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados Revisão 1/2009 © WHO, 2009

A lista foi validada através de um estudo internacional multicêntrico realizado por Haynes AB *et al.* em 2009. O estudo foi realizado entre Outubro de 2007 a setembro de 2008 em oito hospitais de oito cidades nos cinco continentes: Toronto (Canadá), Nova Delhi (India); Amã (Jordânia); Auckland (Nova Zelândia); Manila (Filipinas), Ifakara (Tanzânia); Londres (Inglaterra); e Seattle (Estados Unidos). Os resultados foram positivos, resultando numa redução da taxa geral de complicações de 11% para 7% e um decréscimo da mortalidade hospitalar de 1,55% para 0,8%¹⁴.

3.4 A importância da Higienização das Mãos

O médico húngaro Ignaz Philip Semmelweis (1818-1865), comprovou em 1846 a íntima relação da febre puerperal com os cuidados médicos. Ele notou que os médicos que iam diretamente da sala de autópsia para a de obstetrícia tinham odor desagradável nas mãos¹⁵.

Semmelweis pressupôs que a febre puerperal que afetava tantas parturientes fosse causada por “partículas cadavéricas” transmitidas da sala e autópsia para a ala obstétrica por meio das mãos de estudantes e médicos. Por volta de maio de 1847, ele insistiu que estudantes e médicos lavassem suas mãos com solução clorada após as autópsias e antes de examinar as pacientes da clínica obstétrica. No mês seguinte após esta intervenção, a taxa de mortalidade caiu de 12,2% para 1,2%. Dessa forma, Semmelweis, por meio do primeiro estudo experimental sobre este tema, demonstrou claramente que a higienização apropriada das mãos podia prevenir infecções puerperais e evitar mortes maternas⁽¹⁵⁾.

É reconhecido que a prática da higienização das mãos reduz significativamente a transmissão de microrganismos e, conseqüentemente, diminuindo a incidência de infecções preveníveis, reduzindo a morbimortalidade em serviços de saúde¹⁵.

Nos tempos atuais, estudos observacionais em hospitais mostraram que os profissionais de saúde higienizam suas mãos em média de 5 a 30 vezes por plantão. O número de oportunidades para higienização das mãos varia consideravelmente de acordo com as diferentes unidades de internação do hospital. Exemplificando, um enfermeiro em uma unidade pediátrica pode ter em média oito oportunidades para a higienização das mãos por hora de cuidado prestado ao paciente, enquanto em uma UTI podem ser alcançadas 22 oportunidades por hora. O número de oportunidades está diretamente ligado ao processo de cuidado prestado ao paciente¹⁵.

A duração da técnica de higienização das mãos também foi mensurada em vários estudos e varia de 6,6 a 30 segundos, tendo sido, na maioria das vezes, utilizada a técnica de higienização simples das mãos com água e sabonete¹⁵. Além da evidência de que os profissionais higienizam as suas mãos de forma muito rápida, estes frequentemente exibem falhas na técnica, não atingindo toda a superfície das mãos e dedos¹⁵.

3.5 Identificação do Paciente

A OMS sugere que as instituições de saúde desenvolvam e executem programas e protocolos com ênfase na responsabilidade dos trabalhadores de saúde para a identificação correta do paciente, padronizem o uso de pulseiras de identificação e que estas contenham ao menos dois elementos qualificadores, contraindicando os números de quarto ou leito. Fomenta, também, a incorporação de educação continuada dos profissionais de saúde na conferência no processo de identificação dos pacientes e a participação efetiva dos usuários e familiares no processo¹⁷.

O protocolo publicado e implantado em todo o Reino Unido, pela *National Health Service* (NHS) e *National Patient Safety Agency* (NPSA) indica que todos os pacientes hospitalizados sejam identificados com uma pulseira, conhecida como "bandas ou braceletes" de identidade. O referido documento determina os seguintes requisitos: tamanho adequado (recém-nascidos, obesos, condições clínicas), conforto (material anti-alérgico, flexível, impermeável e lavável), durabilidade (fácil limpeza, resistente a fluidos corporais, sabões e soluções alcoólicas), técnica de impressão e aplicabilidade (gerada e impressa por meio eletrônico, fácil leitura, espaço suficiente para gravar identificadores completos e inequívocos), cor (branca), letra (preta), identificadores/qualificadores (nome completo – sobrenome em primeiro lugar com letra maiúscula, data de nascimento e número de registro no sistema nacional de saúde)¹⁷.

Este, prevê, ainda, a adequação dos identificadores e a disposição das pulseiras ao se tratar de indivíduos com necessidades especiais, problemas de visão, condições clínicas e malformações graves que impeçam a fixação da pulseira nos membros. Outras tecnologias também são indicadas, como: código de barras, rádio frequência e biometria, associadas ao uso da pulseira, registrando a conferência da identificação do paciente¹⁷.

3.6 Comunicação Efetiva

Essa meta objetiva melhorar a efetividade da comunicação entre os prestadores de cuidado, garantindo que as informações sejam precisas e completas¹⁹.

A comunicação é um processo recíproco, uma força dinâmica capaz de interferir nas relações, facilitar e promover o desenvolvimento e o amadurecimento das pessoas e influenciar comportamentos. Existem diversas formas de comunicação, como verbal, não verbal, escrita, telefônica, eletrônica, entre outras, sendo fundamental que ocorra de forma adequada permitindo o entendimento entre as pessoas. O paciente recebe cuidados de diversos profissionais e em diferentes locais, o que torna imprescindível a comunicação eficaz entre os envolvidos no processo. (Avelar AFM, Salles CLS, Bohomol E, *et al.* 2010, p. 22)

No contexto brasileiro, a Portaria N^o 529 de 1^o de abril 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente, traz a comunicação no ambiente dos serviços de saúde e a transferência de pacientes entre pontos de cuidado, como protocolos básicos da assistência em saúde¹⁹.

Para Olino L, Gonçalves A de C, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, *et al.* a comunicação efetiva se dá entre os profissionais da saúde e/ou áreas oportunas quando estes transmitem ou recebem uma informação de forma completa e exata, anotando-a e relendo-a para o seu transmissor e este necessita confirmar a precisão dos dados¹⁹.

Para que o processo de comunicação seja efetivo é necessário o envolvimento da gestão hospitalar, se utilizando da competência da liderança como forma de conduzir o grupo, alinhando os processos organizacionais a fim de otimizar o fluxo das informações e assim garantir a segurança da assistência ofertada²⁹.

Os profissionais que prestam cuidados de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e a continuidade dos cuidados em saúde tanto intra, quanto extra-hospitalar, seja por falta de tempo, escassez de pessoal, ausência de padronização, imperícia ou desconhecimento da importância de tal ação¹⁹.

Em um estudo realizado por Moreira *et al.* a escuta ativa e reflexiva é importante na minimização do comportamento destrutivo. Na abordagem de comportamentos antiprofissional, deve-se ter um momento para ouvir todos os membros da equipe, e não apenas os envolvidos, pois eles presenciam a situação e podem ajudar a identificar os fatores desencadeantes. Ouvir o que todos tem a dizer é importante para compreender a história e esclarecer os fatos²⁸.

Salienta-se que os profissionais por meio da comunicação podem compreender melhor a sua relação com a equipe, a forma de lidar com o cuidado ao usuário e com as diversas categorias profissionais²⁸.

3.7 Administração Segura de Medicamentos

Os erros de medicação repercutem negativamente no cuidado, gerando custos desnecessários aos serviços de saúde, prolongando o tempo de permanência no hospital e ações com questões litigiosas²¹.

Numa tentativa de estimular práticas seguras relativo ao uso e administração de medicamentos, a OMS estipulou, dentre outros protocolos, este referente ao presente tema.

O procedimento de preparo e administração de medicamentos por ser um cuidado essencial para reintegração da saúde é considerado um desafio quando se trata da construção de uma prática segura. Erros podem ocorrer em qualquer fase da terapia medicamentosa, de modo a gerar danos ao paciente²¹.

Erros de medicação foram observados em diversos países do mundo. Na Alemanha e Inglaterra foram identificadas taxas de 4,78% e 3,22%, respectivamente. Já nas Américas as taxas chegaram até 30,4%, excetuando-se os EUA com média de 5,64%²¹.

Estima-se que nos EUA os erros de medicação provoquem danos a aproximadamente 1,3 milhão de pessoas anualmente, com custo de quase 1% do total de despesas de saúde no mundo²².

Diante deste cenário, no ano de 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o terceiro “Desafio Global para a Segurança do Paciente”, intitulado “Medicação sem Dano”, cuja meta a ser alcançada foi a redução, em 50%, de danos graves evitáveis relacionados a medicamentos, nos próximos cinco anos²².

Santos PRA dos, Rocha FLR, Sampaio CSJC. acredita que conhecer os riscos capazes de elevar o potencial para ocorrência de erros seja elemento essencial no gerenciamento e implementação de ações de segurança do paciente²².

4 METODOLOGIA

O percurso metodológico escolhido foi a revisão de literatura, que segundo Trentini e Paim (1999, p. 68), citados por Echer (2001, p. 6):

“a seleção criteriosa de uma revisão de literatura pertinente ao problema significa familiarizar-se com textos e, por eles, reconhecer os autores e o que eles estudaram anteriormente sobre o problema a ser estudado”³⁰.

Para realizar a revisão de literatura foram escolhidas a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no período compreendido entre os anos de 2009 a 2021, para a coleta de dados sobre o período pré e pós criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Foram escolhidos artigos tanto no idioma português, quanto inglês.

As informações coletadas foram baseadas em artigos que tratam de segurança do paciente, e ações para promover tal tema. Os descritores foram “identificação do paciente”, “lesão por pressão”, “prevenção de quedas”, “administração segura de medicamentos”, “comunicação efetiva” e “cirurgia segura”.

Descritores Utilizados	Quantidade de artigos encontrados na SciELO	Quantidade de artigos encontrados no BVS	Quantidade de artigos selecionados
Identificação do paciente	6	5	1
Lesão por Pressão	3	2	2
Prevenção de Quedas	4	3	2
Administração Segura de Medicamentos	2	2	2
Comunicação Efetiva	5	1	2
Cirurgia Segura	2	3	2
Total	22	16	11

Os textos escolhidos abordavam ou possuíam ligação com as metas do PNSP.

Quadro 1: Artigos selecionados na Base de dados SciELO, no período de 2009 a 2019

Título	Autor	Periódico	Ano de Publicação
Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente	Pedreira MLG, <i>et al.</i>	Acta Paulista de Enfermagem	2009
Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. Acta Paulista de Enfermagem	Cassiani SH de B	Acta Paulista de Enfermagem	2010
Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente	Tase TH, <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem	2013
Patient safety management from the perspective of nurses	Françolin L, <i>et al.</i>	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2015
Rede brasileira de enfermagem e segurança do paciente: desafios e perspectivas	Caldana G, <i>et al.</i>	Texto & Contexto - Enfermagem	2015
A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura	Silva ACA, <i>et al.</i>	Cogitare Enferm.	2016
Costs of topical treatment of pressure ulcer patients	Andrade CCD, <i>et al.</i>	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2016
Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos	Llapa-Rodriguez EO, <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem	2018
Prevenção de Lesão por Pressão: Ações Prescritas por Enfermeiros de Centros de Terapia Intensiva.	Mendonça PK, <i>et al.</i>	Texto & Contexto - Enfermagem	2018

Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário	Luzia M de F, <i>et al.</i>	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2018
Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do <i>round</i> interdisciplinar em cirurgia ortopédica	Guzinski, <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem	2019
Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score	Olino L, <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem	2019
Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento	Santos PRA dos, <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem	2019
Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde	Cavalcante EF de O, <i>et al.</i>	Revista Gaúcha de Enfermagem	2019
Cirurgia segura: análise da adesão do protocolo por médicos e possível impacto na segurança do paciente	Silva PHA, <i>et al.</i>	Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões	2020

Quadro 2: Artigos seleccionados na Base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, no período de 2014 a 2020

Título	Autor	Periódico	Ano de Publicação
Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação.	Dias JD, <i>et al.</i>	Revista Mineira de Enfermagem	2014
A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura	Del Corona AR de P, <i>et al.</i>	Revista SOBECC	2015
Medidas de prevenção de quedas em idoso	Silva EN da, <i>et al.</i>	Enfermagem em Foco	2020

5 RESULTADOS PARCIAIS

5.1 Lesão por Pressão

Lesão por pressão se tornou um sério problema de saúde pública, tanto por ser algo evitável, quanto pelo seu elevado custo de tratamento.

Andrade *et al.* realizou um estudo coletando informações dos preços de custo do tratamento de LPP, e percebeu que o custo é diretamente proporcional à gravidade da lesão. O custo anual estimado do tratamento de LPP em uma instituição em Minas Gerais foi estimado em R\$445.664,38, excluindo recursos como água, luz, telefone e outros²⁴.

Mesmo com avanços tecnológicos e científicos a prevalência de casos de LPP ainda é alta, variando de 23,1% a 59,5%, principalmente em clientes de Centro de Terapia Intensiva (CTI)²³.

Para Mendonça PK, Loureiro MDR, Frota OP, *et al.* a faixa etária acima dos 59 anos, hipertermia e edema foram os fatores de risco estatisticamente relevantes para a ocorrência de LP²³.

A implementação de protocolos de prevenção a LPP proporcionou uma melhoria da qualidade da assistência. Cabe ao enfermeiro, juntamente com sua equipe, a responsabilidade de avaliar a pele do paciente, discutir ações e decidir a implementação destas na prevenção²³.

5.2 Prevenção de Queda

Luzia M de F, Cassola TP, Suzuki LM, *et al.* em sua pesquisa entre janeiro de 2011 a dezembro de 2015 observou um registro total de 2296 quedas nas unidades de internação clínicas, cirúrgicas, psiquiátrica e na emergência. A seguinte tabela mostra o número de quedas e a taxa de incidência anual nas unidades²⁵.

Tabela 1 - Número de ocorrência de quedas e taxa de incidência anual nas unidades de internação e na emergência – Porto Alegre, RS, Brasil, 2015.

Ano	Nº Quedas	Pacientes/Dia	Taxa incidência Quedas
2011	415	257.755	1,61
2012	548	269.428	2,03
2013	496	271.616	1,83
2014	441	272.758	1,62
2015	396	278.699	1,42
Total	2.296	1.350.256	1,70

Em 2013 essa instituição investiu em equipamentos e utensílios para prevenção de quedas, incluindo camas elétricas, barras de segurança nos banheiros, campainhas nos quartos da unidade de internação psiquiátrica e corrimão ao longo dos corredores. A *Morse Fall Scale* foi adaptada para uso em pacientes psiquiátricos, com a inclusão de critérios relacionados a medicamentos. As equipes de enfermagem receberam capacitação sobre as medidas preventivas²⁵.

A taxa de incidência de quedas passou de 1,83 em 2013 para 1,62 em 2014, permanecendo dentro da meta institucional (≤ 2 quedas/1.000 pacientes-dia). O menor índice observado foi em 2015 (1,42 quedas/1.000 pacientes-dia)²⁵.

Em outra instituição, por meio de análise documental, entrevistas e observação, Siman *et al.* identificou que para a avaliação dos riscos de queda, o NSP adotou como ferramenta a Escala de Braden. Os enfermeiros passaram a trabalhar atentando para os riscos na assistência e buscando ações cotidianas para melhorar a segurança do paciente²⁷.

5.3 Cirurgia Segura

Rydenfält *et al.* em 2013, relacionaram didaticamente os principais benefícios de implementação da LVSC, que foram a redução do número de falhas de comunicação e de complicações na sala de cirurgia, incluindo redução no risco de cirurgia no local errado¹⁴.

Outros benefícios que houveram foi o desenvolvimento de maior preocupação quanto à segurança por parte da equipe operacional, melhoria da conformidade ao uso de antibióticos e profilaxia da trombose venosa profunda, além de facilitação da comunicação e suporte de memória para tarefas críticas¹⁴.

Em 2014, Howell *et al.* realizaram uma revisão sistemática com o propósito de buscar definir quais as intervenções mais eficazes na redução da taxa de eventos adversos em pacientes cirúrgicos e que possam ser utilizadas para melhorar a segurança em nível institucional, e verificou que a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) da OMS reduziu significativamente essa taxa¹⁴.

Moura M de L de O, Diego LA dos S. ressaltaram que a literatura a respeito da lista de verificação da OMS por estudos de alta qualidade, que avaliaram as intervenções de segurança e demonstraram o inequívoco benefício para o paciente¹⁴.

Para Moura M de L de O, Diego LA dos S. as evidências de processos bem-sucedidos de melhoria da qualidade indicam que o êxito está diretamente relacionado ao modo como as mudanças são introduzidas. Os principais fatores que contribuíram para o sucesso estão: a liderança; o envolvimento dos profissionais, especialmente os que lidam diretamente com o paciente; e a participação dos pacientes¹⁴.

A ruptura das hierarquias tradicionais é essencial para assegurar que as distintas perspectivas multidisciplinares sejam consideradas. O envolvimento dos profissionais da linha de frente do cuidado é fundamental em qualquer programa de melhoria da qualidade, mas não é um processo fácil. Muitos profissionais, embora dispostos a melhorar a qualidade dos serviços que oferecem, talvez não estejam familiarizados com as abordagens de melhoria da qualidade, como as utilizadas para a implementação da LVSC. A capacitação e o apoio são elementos primordiais para o comprometimento dos profissionais com a melhoria. –
Acredita Moura M de L de O, Diego LA dos S.

5.4 A importância da Higienização das Mãos

O Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, previsto na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente por iniciativa da OMS, está focado na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde. Esse desafio tem como lema “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura” e envolve ações relacionadas à melhoria da higienização das mãos em serviços de saúde¹⁵.

As recomendações da OMS para a higienização das mãos englobam cinco indicações, sendo justificadas pelos riscos de transmissão de microrganismos. O cumprimento dessas cinco etapas pode prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde e também auxiliar na racionalização do tempo do profissional de saúde quanto a essa prática¹⁵. Os 5 momentos preconizados pela OMS são: antes do contato com o paciente; antes da realização de procedimento; após risco de exposição a fluidos biológicos; após contato com o paciente; após contato com áreas próximas ao paciente, mesmo que não tenha o tocado. Cuidando direta ou indiretamente do paciente.

As mãos dos profissionais que atuam em serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se água e sabonete, preparação alcoólica e antisséptico degermante¹⁵.

A utilização de um determinado produto depende de suas indicações.

No caso de água e sabão, seu uso é indicado para antes e após ir ao banheiro, antes e depois de refeições, antes de preparar alimentos, e antes de preparar e manipular medicamentos, no início e término do turno de trabalho, e por fim, quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais¹⁵.

No caso de preparações alcoólicas (líquida ou gel) nas situações a seguir, exceto se visivelmente sujas, devem ser feitas antes e após contato com o paciente, antes da realização de procedimentos e da manipulação de dispositivos invasivos, na mudança de um sítio corporal para outro, após contato com objetos e/ou superfícies próximas ao paciente, e por fim, antes e após remoção das luvas¹⁵.

5.5 Identificação do Paciente

Seguindo os mesmos objetivos da OMS, por iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde, foi estabelecida a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), cujo papel fundamental é disseminar e sedimentar a cultura de segurança do paciente. Em trabalho conjunto com o Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo (COREN-SP) elaborou os 10 Passos para a Segurança do Paciente contemplando os principais aspectos da prática assistencial de enfermagem, passíveis de implementação em diversos ambientes de cuidado, dirigidos para uma assistência segura¹⁷.

O 1º passo para a segurança do paciente preconizado pelo COREN-SP é a identificação apropriada do paciente. Algumas das medidas sugeridas para uma identificação segura são a utilização de pelo menos dois identificadores (ex: nome e data de nascimento), e em pediatrias, a utilização do nome da mãe da criança¹⁷.

O uso das pulseiras de identificação de paciente reduz a taxa de erro, mas a falta de exatidão dos dados contidos nas mesmas pode causar confusão e aumentar o risco da ocorrência de eventos adversos¹⁷.

Um outro ponto importante também ressaltado nos 10 passos, é nunca utilizar idade, sexo, diagnóstico, número do leito ou do quarto para identificar o paciente¹⁷.

5.6 Comunicação Efetiva

O trabalho interdisciplinar traz a complexidade da interação e integração da equipe, com o propósito único de promover a produção de cuidados²⁹.

A comunicação efetiva é imprescindível para o trabalho em equipe. Diante dos erros evitáveis na assistência à saúde, verifica-se que a comunicação efetiva funciona como elo para a garantia de uma assistência segura e de qualidade²⁹.

Contudo, pesquisas revelam que existem fragilidades que levam a falha da comunicação entre os clientes e colaboradores, tais como: desinformação, desestímulo, desperdício, desconfiança, desencontro, desorientação e desestabilidade²⁹.

Outro fator problemático que desestimula uma comunicação segura é o comportamento antiprofissional, ou também chamado de destrutivo, este envolve condutas profissionais desrespeitosas adotadas no ambiente de prática, podendo manifestar-se como incivildade, violência física/sexual ou violência psicológica²⁸.

Tal forma de comportamento impacta diretamente o atendimento ao paciente, pois informações pertinentes não são adequadamente compartilhadas²⁸.

Se faz necessário portanto que o enfermeiro líder implemente políticas processos e educação para abordar e mitigar comportamentos destrutivos²⁸. Da mesma forma, é necessário que a instituição adote estratégias para reduzir a ocorrências desses comportamentos no trabalho, destacando o ensino e treinamento em comunicação efetiva entre os profissionais da equipe de saúde²⁸.

Uma comunicação efetiva inclui comportamentos assertivos em transmitir, receber e interpretar informações com clareza e respeito mútuo. A busca por soluções apropriadas para estes comportamentos inclui o uso de linguagem objetiva e não-acusatória que promove comunicação e relações respeitadas, além de um canal ou sistema de notificação para relatar os comportamentos destrutivos. (Moreira FTLDS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM, *et al.* 2019.)

5.7 Administração Segura de Medicamentos

O processo da terapia medicamentosa compreende várias etapas, entre elas: prescrição, dispensação, preparo, administração e monitoramento pós-administração²².

Sua complexidade pode ser atribuída a um processo com múltiplas etapas que depende da interação de uma equipe multidisciplinar. Sendo as etapas de preparo e administração inerentes à equipe de enfermagem, as causas de erros de medicação são comumente imputadas a estes profissionais, apesar de se ter conhecimento que ocorrem principalmente por falhas sistêmicas, relacionadas ao ambiente de trabalho e processos mal elaborados²².

Nos estudos de Santos PRA dos, Rocha FLR, Sampaio CSJC, em uma UPA, numa proposta do grupo de trabalhadores, realizaram a implantação da prescrição eletrônica, pois permite a padronização dos principais itens necessários a uma prescrição segura, além de garantir a legibilidade e a ausência de rasuras.

As principais vantagens da prescrição eletrônica podem-se citar a garantia da legibilidade e de adequação das informações necessárias para a dispensação e para a administração de medicamentos de forma segura²².

Contudo, a prescrição eletrônica não faz milagre para os erros de medicação, uma vez que se não for corretamente utilizada, não será capaz de minimizar erros por si só, fato que foi comprovado através de estudo realizado em cinco hospitais de ensino brasileiros, o qual demonstrou que a prescrição eletrônica não foi capaz de eliminar totalmente a possibilidade deste tipo de erro²².

6 DISCUSSÃO

Dois fatores que motivaram a OMS a eleger tais protocolos foram o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles.

Através do cumprimento de protocolos específicos e da adoção e barreiras de segurança no sistema da assistência e por meio de ações relativamente simples e efetivas, é possível a prevenção de situações de risco e eventos adversos.

Pelos enfermeiros geralmente possuírem o maior tempo de contato com os pacientes nas instituições de saúde, eles agem como facilitadores na identificação de eventos adversos. Há evidências de melhora nos cuidados quando o enfermeiro toma sua função de líder da equipe.

Para Guzinski C, Lopes ANM, Flor J, *et al.* a comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde acontece quando há contato visual, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões saudáveis de informações pertinentes e capacidade de antecipar com precisão problemas futuros³³. Também ressalta que há necessidade de desenvolvimento de programas de treinamento de habilidades de comunicação dos profissionais envolvidos no cuidado em saúde, pois há relatos que esses programas demonstraram melhora no desempenho e na comunicação da equipe interdisciplinar, assim como garantiram mais segurança nas práticas de cuidado³³.

Um interessante detalhe observado nesta revisão é que foi identificado nos pacientes com risco de queda, em sua grande maioria são idosos, do sexo masculino, e ligados a doenças neurológicas. Os estudos apontaram a importância da manutenção das grades elevadas e as orientações aos acompanhantes como medidas preventivas eficazes.

No CC ocorre de muitas vezes o paciente estar, ou sedado, ou em estado de confusão mental relacionado a medicamentos anestésicos, em macas ou mesas operatórias. Esses locais favorecem o risco de queda devido ao espaço reduzido para acomodação e mobilidade.

Há evidências convincentes na literatura de que a realização de uma promoção e melhoria da higienização das mãos podem reduzir as taxas de infecção nos serviços de saúde. Este achado reforça a ideia de que a higienização das mãos é uma das medidas mais básicas, porém, fundamentais para a redução da transmissão cruzada de microrganismos e, conseqüentemente, das taxas de infecção.

Trick WE, Vernon MO, Welbel SF, *et al.* conduziram um estudo com múltiplas intervenções com o intuito de aumentar a adesão à higienização das mãos e ao uso adequado de luvas. Ao observar os resultados obtidos durante três anos de observação, houve redução na incidência de bactérias multirresistentes com a adesão à higienização das mãos de 23 para 46%¹⁵.

Os produtos à base de álcool para higienização das mãos geralmente são mais caros que os sabonetes comuns. O uso crescente desses produtos alcoólicos para a higienização das mãos levou à redução do número de infecções anuais, que por sua vez, o total economizado deve compensar os custos da aquisição desses produtos.

A sobrecarga de trabalho e o número reduzido do pessoal de enfermagem também foram encontrados em outros estudos como contribuintes para o erro e quebra da segurança do paciente²⁷.

Os programas de segurança do paciente e a divulgação de resultados de pesquisas na área têm incentivado principalmente o enfermeiro a desenvolver práticas mais seguras. No entanto, desafios ainda existem, mas precisam ser relatados e superados. A enfermagem tem desenvolvido seu trabalho atentado para os riscos existentes na unidade de internação e buscado melhores práticas assistenciais e gerenciais, numa perspectiva de alcançar as metas de segurança do paciente proposto pela OMS²⁷.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho permitiu uma visão ampla sobre as ações que podem ser desenvolvidas pelos enfermeiros referentes à segurança do paciente.

Os estudos apontaram para vastas opções de intervenções que o enfermeiro pode implementar para minimizar os riscos de eventos adversos no ambiente hospitalar. Algumas das seguintes ações foram identificadas: capacitação da equipe, instituição de protocolos, a criação da prescrição eletrônica afim de reduzir erros de medicação, a importância dos “cinco momentos” para higienização, os benefícios da comunicação efetiva, redução da taxa de erros através da implementação das pulseiras de identificação, adoção de escalas, no caso a de Braden, para melhor controle do risco de queda.

Contudo, alguns fatores negativos também foram identificados, como a sobrecarga de trabalho, ausência de padronização, imperícia, dificuldade de manter uma comunicação saudável com a equipe. Essa dificuldade de comunicação possui vários fatores, como estresse com a rotina, pressa e falta de tempo para conseguir realizar a troca de informações com o colega de trabalho de modo adequado e seguro para ambos os lados. Estas situações acabam por contribuir de forma negativa para o desenvolvimento do cuidado seguro.

Esta revisão foi feita no intuito de gerar uma conscientização da importância da assistência segura. Há muitas medidas que deveriam ser cumpridas, e muitas dessas são relativamente simples e baratas, como por exemplo a higienização das mãos, que geralmente não é valorizada.

Espera-se que as reflexões aqui apresentadas possam de alguma forma contribuir no planejamento de ações para a melhora da qualidade do cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Cristina ACA, Silva JF da, Santos LRO, et al. A Segurança do Paciente em Âmbito Hospitalar: Revisão Integrativa da Literatura [Internet]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1528/37763-184991-1-pb.pdf>
2. Dias JD, Mekaro KS, Tibes CM dos S, Zem-Mascarenhas SH. THE NURSES' UNDERSTANDING ABOUT PATIENT SAFETY AND MEDICATION ERRORS. REME: Revista Mineira de Enfermagem. 2014;18(4). Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_v18n4a08.pdf
3. Sousa P, Mendes W, editors. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2019; Disponível em: <http://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419.pdf>
4. Caldana G, Guirardello E de B, Urbanetto J de S, Peterlini MAS, Gabriel CS. BRAZILIAN NETWORK FOR NURSING AND PATIENT SAFETY: CHALLENGES AND PERSPECTIVES. Texto & Contexto - Enfermagem [Internet]. 2015 Sep;24(3):906–11. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cM8Vn6jCdvq4zLWDsqNzzhd/?lang=pt&format=pdf>
5. Brasil. Resolução - RDC n. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
6. Lima JL de, Siman AG, Amaro M de OF, Santos FBO. A ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: ALMEJANDO UM CUIDADO SEGURO. Revista Norte Mineira de Enfermagem [Internet]. 2019;8(2):73–81. Available from: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2261>
7. Cavalcante EF de O, Pereira IRB de O, Leite MJV de F, Santos AMD, Cavalcante CAA, Cavalcante EF de O, et al. Implementação dos núcleos de segurança do paciente e as infecções relacionadas à assistência à saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2019;40(SPE). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472019000200407&script=sci_arttext

8. Souza ATG, Silva TK de P da, Domingues AN, Tognoli SH, Eduardo AHA, Macedo JI, et al. Segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista SOBECC* [Internet]. 2020 Jun 25;25(2):75–82. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/593#:~:text=entre%20equipe%20multiprofissional%20e%20paciente>
9. World Health Organization. Falls [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
10. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEB de C, Brito M de FP, Machado JP, et al. Patient safety management from the perspective of nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2015 Apr 1;49(2):0277–83. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000200277&script=sci_arttext
11. Pedreira MLG. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente [Internet]. 2009 Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/FVXR5mBM9t9GfHXrSxTdX3c/?format=pdf&lang=pt>
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES N o Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde [Internet]. 2017. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf>
13. ANVISA lança nota técnica sobre lesão por pressão [Internet]. CCIH - Cursos para Controle de Infecção Hospitalar. Available from: <https://www.ccih.med.br/anvisa-lanca-nota-tecnica-sobre-lesao-por-pressao/>
14. Moura MLO., Diego, LAS. Cirurgia segura. In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 189-209. ISBN 978-85-7541-641-9. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-12.pdf>
15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa, 2009. 105p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf

16. Brasília -DF 2014 MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA Segurança do Paciente [Internet]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
17. Tase TH, Lourenção DC de A, Bianchini SM, Tronchin DMR. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2013 Sep 1;34:196–200. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SnPQCmsHh38mCkbLyd9YcSJ/?lang=pt>
18. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). 10 passos para a segurança do paciente [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2010. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf
19. Olino L, Gonçalves A de C, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2019;40(spe). Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/WWg79Qfp8bPWc6HpQVmjLyC/?format=pdf&lang=pt>
20. Cassiani SH de B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2010;23:vii–viii. Available from: <https://www.scielo.br/j/ape/a/R84JcWrv7y44jRbpcvMgngk/?lang=pt>
21. Llapa-Rodriguez EO, Silva L de SL, Menezes MO, Oliveira JKAD, Currie LM. Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2018 May 21;38(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/mfp3NmJBdnNjnC6VVq8tpLr/?lang=pt>
22. Santos PRA dos, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019;40(spe). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MBzJNjNhGG6XqKPRdZ37tdj/?lang=pt>
23. Mendonça PK, Loureiro MDR, Frota OP, Souza AS de, Mendonça PK, Loureiro MDR, et al. Prevenção de Lesão por Pressão: Ações Prescritas por Enfermeiros de Centros de Terapia Intensiva. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2018;27(4). Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000400310&script=sci_arttext#:~:text=A%20les%C3%A3o%20por%20press%C3%A3o%20\(LP](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000400310&script=sci_arttext#:~:text=A%20les%C3%A3o%20por%20press%C3%A3o%20(LP)

24. Andrade CCD, Almeida CF dos SC de, Pereira WE, Alemão MM, Brandão CMR, Borges EL. Costs of topical treatment of pressure ulcer patients. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2016 Apr;50(2):295–301. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NKBGcb6PzStdpscRgkFpNkv/?format=pdf&lang=en>
25. Luzia M de F, Cassola TP, Suzuki LM, Dias VLM, Pinho LB de, Lucena A de F. Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2018;52. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LPBtt7dsSktVXzmX8vgRk8n/?lang=pt>
26. WHO, surgical safety checklist(2009) Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. [Internet]. 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por_Checklist.pdf?sequence=70&isAllowed=y
27. Siman AG, Brito MJM, Siman AG, Brito MJM. Changes in nursing practice to improve patient safety. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2016;37(SPE). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500413&script=sci_arttext&tIng=en
28. Moreira FTLDS, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. Revista Gaucha De Enfermagem [Internet]. 2019;40(spe):e20180308. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31038600/>
29. Farias ES, Santos JO, Góis RMO. COMUNICAÇÃO EFETIVA: ELO NA SEGURANÇA DO PACIENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR. Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - SERGIPE [Internet]. 2018 Apr 16;4(3):139–9. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168/2721>
30. Echer IC. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 5-20, jul. 2001. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4365/2324>
31. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”. Guia para elaboração de tese, dissertação e monografia / Juliana Akie Takahashi e Yuka Saheki. – São Paulo, 2020.

32. Silva EN da, Sakai AM, Trelha CS, Cabrera MAS, Dellaroza MSG. Medidas de prevenção de queda em idosos hospitalizados. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2020;11(6). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3419/1071>
33. Guzinski C, Lopes ANM, Flor J, Migliavaca J, Tortato C, Pai DD. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019;40(spe). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Wjn8TxZSKZGXThGJhZtbPLb/?lang=pt>
34. Silva PHA, Conde MBC, Martinasso PF, Maltempi RP, Jacon JC, Silva PHA, et al. Cirurgia segura: análise da adesão do protocolo por médicos e possível impacto na segurança do paciente. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* [Internet]. 2020;47. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912020000100169&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

