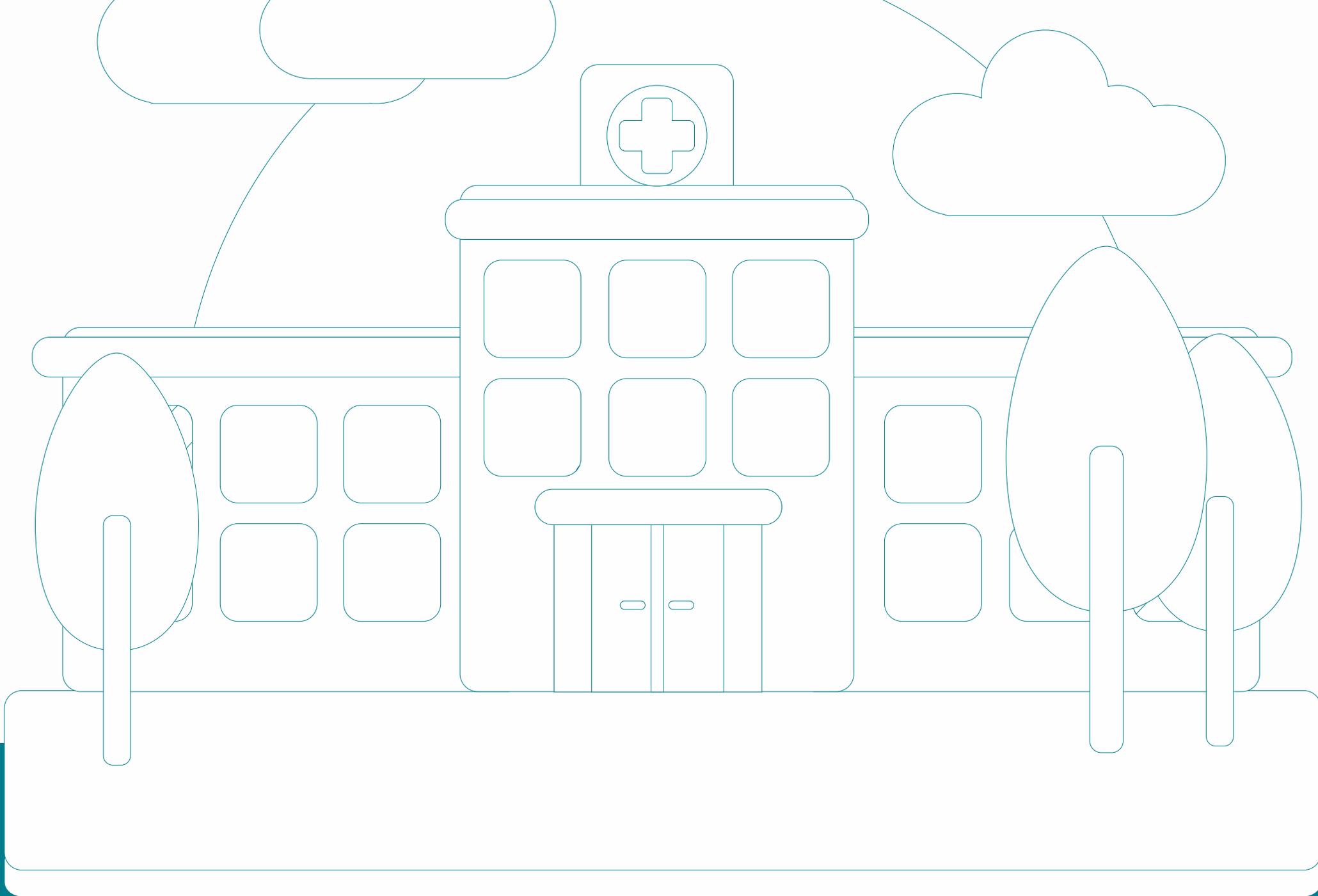




Cartilha sobre segurança do paciente



Material desenvolvido pelo Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Coordenação Geral de Atenção Hospitalar - CGHOSP.

Autores:

**Andrea Francisco
Ana Lucia Acquesta
Beatriz Marques da Cunha
Cristiane Guerra Gil
Daniela de Almeida Pereira
Fernanda Saks Hahne
Gustavo José Vilar Costa
Jairo Bittencourt Othero
Karen Cristina da Conceição Dias Silva
Leonardo Tomé da Silva
Mariana Castagna Dall'acqua
Michael Medeiros Coelho
Nídia Cristina de Souza
Patricia Santesso Laurino
Tatiana da Silva Francelino**

Revisores:

**Juliana Gonçalves Aguiar
Ana Maria Costa Candido Lacerda
Anna Paula Hormes de Carvalho
Luciana Yumi Ue
Lucieda Araujo Martins
Renaldo Fernandes da Silva**







Introdução	7
O que é segurança do Paciente	9
Gerenciamento de Risco	10
Segurança do Paciente no Brasil	13
Meta 1 – Identificação do Paciente.....	15
Meta 2 – Comunicação Efetiva	19
Meta 3 - Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos ...	23
Meta 4 – Cirurgia Segura	31
Meta 5 – Higienização das mãos	37
Meta 6 – Prevenção de Queda	43
Meta 7 – Prevenção de Lesão por Pressão	47
Cultura de Segurança	53
NR - 32	55
NR - 23	56
Referências bibliográficas	57





Objetivo

O objetivo desta cartilha é a apresentação de estratégias e conceitos que envolvem a segurança do paciente.

Desde 2001 o mundo vem se mobilizando para redução dos riscos associados aos cuidados em saúde.

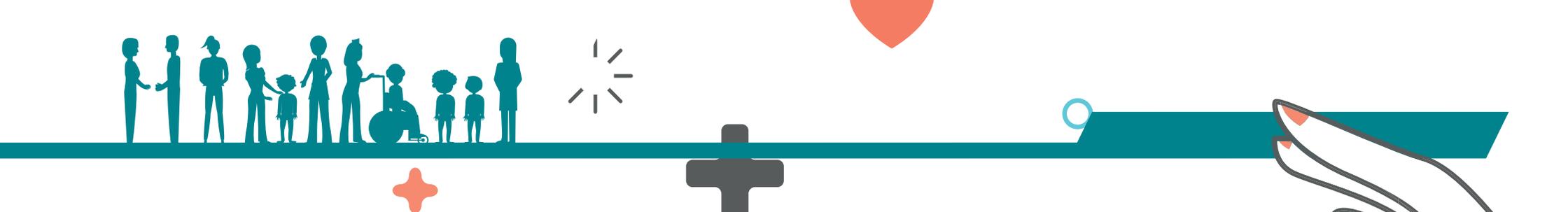
Muitas pesquisas foram conduzidas e seus resultados demonstraram a importância da implantação de métodos de gerenciamento dos processos que resultam em melhor assistência aos pacientes.

Outro fator amplamente divulgado é a importância do envolvimento e sensibilização dos profissionais que atuam nos ambientes hospitalares, pois somente com o conhecimento da prática podemos implantar processos e rotinas mais eficientes.

Esperamos que esta cartilha possa contribuir para ampliar seus conhecimentos sobre segurança do paciente e os motive a implantar práticas seguras nas suas instituições.

*Equipe RHP/HAOC e
Programa Nacional de Segurança Paciente*





Histórico

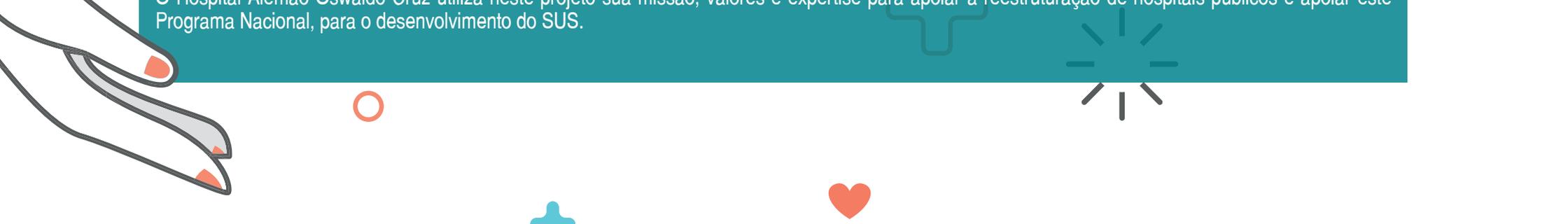
Com a publicação do relatório do Institute of Medicine dos Estados Unidos, a qualidade da assistência e a segurança do paciente nas instituições de saúde ganhou destaque no final do século XX. A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e, posteriormente, estabeleceu as suas seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013 - Portaria de Consolidação nº 5 Capítulo VIII - Seção I, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, públicos e privados.

Para a concretização dos objetivos do PNSP foram estabelecidas parcerias com hospitais de excelência para intervenção e qualificação da gestão em saúde. Com fomento aos processos assistenciais, administrativos e gerenciais dos hospitais do Sistema Único de Saúde com enfoque na avaliação e monitoramento contínuo de processos, implantação das ações de segurança do paciente, redução de custos e gerenciamento consciente de recursos humanos e materiais, além da padronização de rotina, reduzindo assim os riscos aos pacientes, familiares e colaboradores.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz fundado em 1897, por um grupo de imigrantes alemães foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como Instituição de Excelência, regulamentado pela Lei Federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. A partir de então, o hospital desenvolve projetos em parceria como Ministério da Saúde pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI- SUS), o que contribui para o desenvolvimento institucional do SUS por meio de intervenções tecnológicas, gerenciais e capacitação profissional. Um dos projetos desenvolvidos, é o Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos, um projeto de intervenção acompanhado por equipe multiprofissional que diagnostica, acompanha, monitora e avalia os processos assistenciais, administrativos e de gestão propondo ações em conjunto com as instituições para melhoria dos processos, aumentar a eficiência e a efetividade das atividades e dos processos e consequentemente maior segurança para os pacientes, minimizando riscos e prevenindo eventos indesejáveis.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pela Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013 - Portaria de Consolidação nº 5 Capítulo VIII - Seção I, demonstra comprometimento governamental com esta questão, contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, e promovendo maior segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz utiliza neste projeto sua missão, valores e expertise para apoiar a reestruturação de hospitais públicos e apoiar este Programa Nacional, para o desenvolvimento do SUS.





Você sabe o que é segurança do paciente?

Consiste como redução ao mínimo aceitável de danos desnecessários ao paciente (OMS, 2009). Exemplos: Redução de queda, de lesão por pressão, de erros de medicação, entre outros.

Por que dano desnecessário?

Porque são danos que podemos prevenir/evitar, pois não estão associados ao tratamento terapêutico/à hospitalização.

O Ministério da Saúde instituiu o **Programa Nacional de Segurança do Paciente**, através da Portaria MS/GM nº 529 de 1 de abril de 2013 – Atual Portaria de Consolidação nº 5 Capítulo VIII - Seção I, com o principal objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todas as instituições públicas e privadas.

Outra legislação importante que aborda a segurança do paciente é a **RDC 36/2013** da Anvisa, que institui a obrigatoriedade da implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde com o objetivo de apoiar e implementar as iniciativas voltadas à segurança do paciente.



Gerenciamento de riscos

Segundo a Anvisa, risco é a probabilidade de ocorrência de um evento que ocasione dano ao paciente em um determinado período de observação.

O gerenciamento de risco é responsável pela tomada de decisões relativas aos riscos e pela condução de ações para a redução das consequências ou da probabilidade de ocorrência dos eventos. As notificações são oportunidades de aprender com os erros, seja pela farmacovigilância, a tecnovigilância, a hemovigilância ou notificação de incidentes assistenciais.

Classificação de incidentes

Circunstância Notificável

Com potencial expressivo de causar dano, porém sem incidente.

Incidente que não atingiu o paciente

Near miss (quase falha)

Incidente sem dano

Incidente atingiu o paciente porém não causou dano.

Evento adverso ou incidente com dano

Incidente que atingiu o paciente e causou dano.



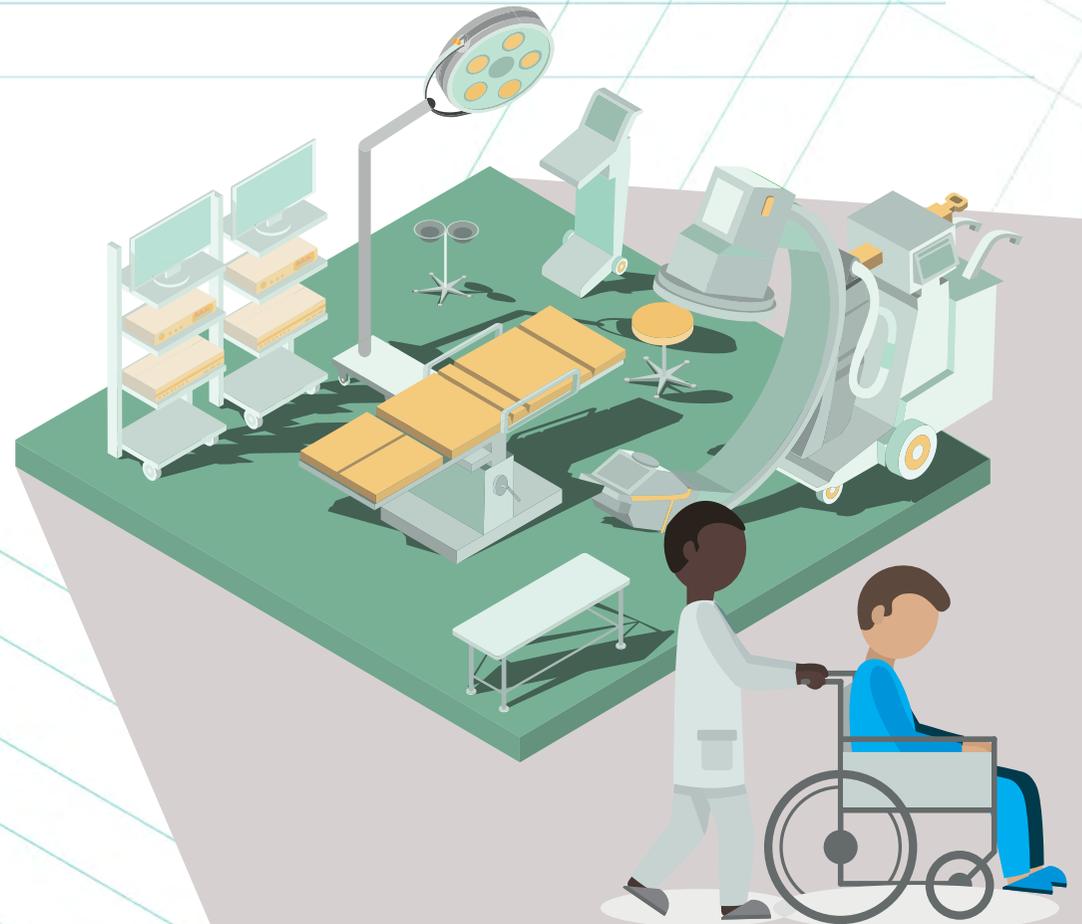
Gerenciamento de riscos

Quando um evento adverso ocorre nesse ambiente dos estabelecimentos de saúde, a organização sofre consideravelmente as consequências sociais, econômicas ou materiais. A mais grave delas é a perda da vida humana.

Há diversos fatores que podem contribuir para a ocorrência de um incidente, como: fatores humanos ligados ao comportamento e ao desempenho individuais ou da equipe; fatores do sistema, como o ambiente de trabalho; fatores externos, para além do controle da organização, e fatores relacionados ao paciente.

Mais recentemente, por meio da RDC 2/2010 da Anvisa, o gerenciamento de risco passou a ser uma exigência aos estabelecimentos de saúde, visando a redução e a minimização da ocorrência dos eventos adversos.

Além disso, devem ser notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos e queixas técnicas envolvendo as tecnologias em saúde.





Gerenciamento de riscos

Sendo assim, medidas de controle devem ser tomadas com a finalidade de redução dos atos não seguros dentro dos estabelecimentos de saúde, e também deve ser estabelecido o monitoramento constante da ocorrência desses eventos.

O controle pode ser feito por meio do mapeamento de processos – realizado através de visitas aos setores em busca de risco potencial e/ou de análise das notificações de eventos após sua ocorrência.

O sistema de notificação de incidentes permite que os profissionais exponham e registrem, de forma voluntária e confidencial, a ocorrência de incidentes ou de qualquer preocupação de segurança detectada no trabalho.

Na análise de um evento, deve-se considerar: a detecção de fatores organizacionais e culturais (decisões administrativas e processos); fatores contribuintes (local, tarefa, paciente, indivíduo, equipe); problemas na prestação de cuidados (omissões, lapsos, violações, atos inseguros) e defesas e barreiras do sistema.

Para a análise, podemos utilizar ferramentas da qualidade com o objetivo de buscar a causa-raiz das não conformidades e analisar de maneira eficaz as soluções para um problema. Como exemplos de ferramentas podemos citar: “brainstorming”, “ferramenta dos 5 porquês” e o “Diagrama de Ishikawa”.





Segurança do paciente no Brasil

Após a análise do incidente, deve ser elaborado obrigatoriamente um plano de ação, com propostas de melhoria tendo em conta os fatores contribuintes e os problemas detectados. Deve-se incluir ainda: a nomeação de um responsável, a definição de um tempo para implementação e monitoramento das ações, bem como, avaliação dos resultados.

O acompanhamento da implementação de melhorias na instituição pode ser realizado através do uso de indicadores adequados que forneçam dados para a melhoria contínua.

Cabe ao gerenciamento de riscos dar um feedback aos notificadores de todas as ações tomadas, bem como, os monitoramentos realizados, como forma de estimular a adesão aos processos de melhoria.

As ações preventivas podem ser realizadas por meio da implantação de barreiras, que podem ser técnicas ou documentos/rotinas elaborados para padronizar as ações.

Você sabia?

No Brasil temos em média 12 milhões de internações no SUS/ano. Um estudo realizado no Rio de Janeiro (Mendes, 2009) verificou uma incidência de 7,6% de eventos adversos em 1000 prontuários de pacientes. Destes, 66,7% poderiam ser evitados.

Mendes (2013) aponta que os principais eventos adversos evitáveis estão relacionados a: infecção associada ao cuidado, complicações cirúrgicas ou anestésicas e dano por atraso ou falha no diagnóstico/tratamento.





Segurança do paciente no Brasil

A média mundial de notificação de eventos adversos está em torno de 10%. No Brasil, este índice é em torno de 5%.

Por que este número é tão baixo?

Para nós brasileiros, ainda é difícil NOTIFICAR. Ainda não faz parte de nossa cultura profissional a notificação das falhas que presenciamos no dia a dia. Contudo, só podemos corrigir erros que reconhecemos e fazer seu gerenciamento é importante para prevenir futuras falhas assistenciais.

Notifique!!!!

Assim você pode contribuir com as melhorias dos processos da sua instituição!!!





Meta 1 – Identificação do paciente

O que é?

É o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento.

Onde pode ocorrer a falha?

Desde a internação até a alta, erros podem acontecer nas seguintes etapas: diagnóstico, coleta de exames, mudança de leito, pacientes homônimos.





Meta 1 – Identificação do paciente

Por que realizar?

Evitar a ocorrência de erros e enganos que possam causar danos decorrentes da identificação do paciente.

Onde fazer?

Em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos terapêuticos e de diagnóstico.



A identificação de todos os pacientes (internados, em regime de Hospital Dia, no serviço de emergência ou no ambulatório) deve ser realizada em sua admissão e precisa permanecer durante todo o tempo em que o paciente estiver submetido ao cuidado. (Anvisa, 2013)



Meta 1 – Identificação do paciente

Como fazer?

1. Padronizar a utilização de pulseira branca com dois identificadores impressos (recomendável) ou manuscritos de forma legível, colocada no membro do paciente conforme definição da instituição. A mesma identificação deve constar no prontuário do paciente, na solicitação de procedimentos, prescrição médica e demais formulários.
2. Orientar os pacientes/acompanhantes/familiares/cuidadores sobre o processo de identificação, explicando o objetivo dos dois identificadores e da obrigatoriedade da sua conferência antes do cuidado.
3. Questionar os pacientes/familiares/acompanhantes sobre os identificadores determinados e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito ou com a rotulagem do material que será utilizado. A verificação dos identificadores deve acontecer antes da administração de medicamentos, de sangue e hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

Boa tarde! Meu nome é Cecília, sou técnica de enfermagem e irei cuidar da senhora até as 19h! Por questões de segurança, a senhora pode me informar o seu nome completo e data de nascimento?

Claro! Me chamo Maria da Silva de Oliveira e nasci no dia 01/01/1942.





Meta 1 – Identificação do paciente

Preste atenção!

- Paciente com alteração de nível de consciência/déficit cognitivo: checar a identificação com acompanhante/familiar; nos casos de ausência de acompanhante ou familiar, comparar as informações da pulseira com o prontuário do paciente.
- Pacientes com grande área do corpo queimado ou amputação, psiquiátricos, pacientes sem documentos de identificação: verificar no protocolo da instituição as alternativas utilizadas para a identificação.
- Verifique sempre a integridade e a legibilidade da pulseira; caso necessário, realize a troca da mesma.

Como monitorar?

Realizar auditoria interna para verificar a correção da rotina e monitorar através de indicadores, como: o número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; a proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os atendidos nas instituições de saúde. Caso seja evidenciado que a rotina não está sendo cumprida de acordo o protocolo estabelecido, o Núcleo de Segurança, em parceria com os setores, deve fazer um plano de ação voltado para a fragilidade encontrada.

A identificação correta é responsabilidade de todos!!!

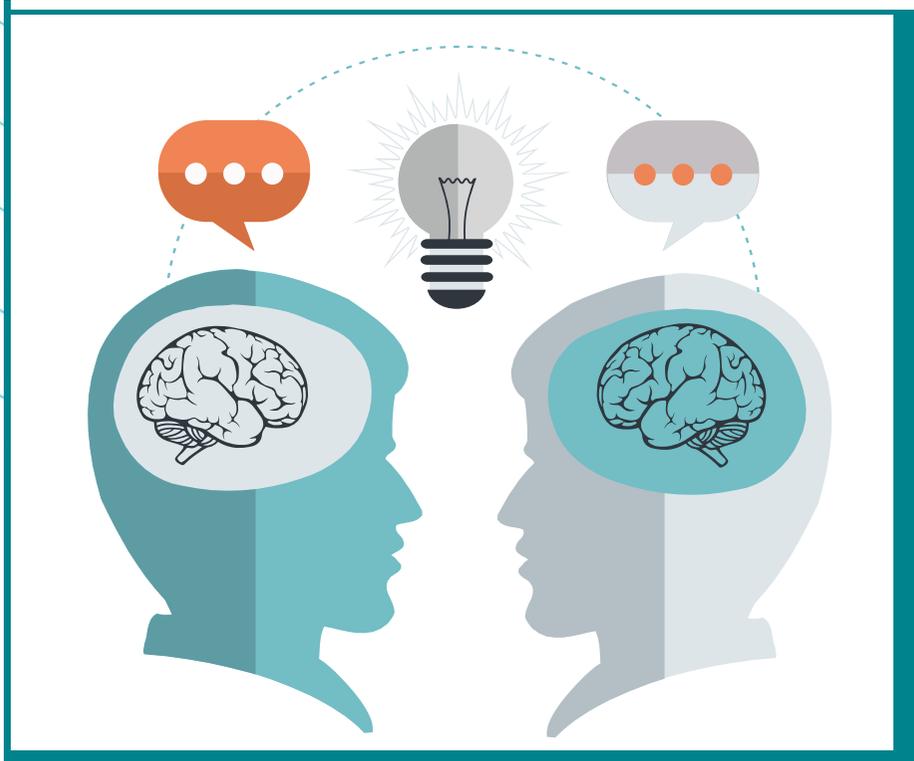




Meta 2 – Comunicação efetiva

A comunicação ocorre em todas as atividades que integram a assistência ao paciente. Quanto mais especializado for o serviço, maior a necessidade de informações técnicas, especializadas e precisas. O hospital, por exemplo, é considerado uma organização de alta complexidade devido ao grande fluxo de informações que transpõem

as diferentes áreas da organização. Entende-se que ocorre uma comunicação eficaz quando o significado pretendido pelo “falante/ emissor” e o significado que o “ouvinte/receptor” percebe são o mesmo, ou seja, há entendimento da mensagem transmitida.



O que é?

A comunicação efetiva é bidirecional. Para que ela ocorra com segurança, é necessário que haja resposta e validação das informações emitidas.

Objetivo

Melhorar a comunicação entre profissionais da assistência, assegurando a transmissão das informações de forma completa e com a garantia da compreensão de todos os envolvidos.



Meta 2 – Comunicação efetiva

Processos críticos envolvidos

Passagem de plantão; prescrição verbal em situações de emergência; letra ilegível em registros no prontuário e em formulários; ausência de carimbo com identificação do profissional que prestou o cuidado ao paciente; transição de cuidados entre os turnos; transferências entre os setores e entre as instituições de saúde; alta hospitalar e seu registro no prontuário.





Meta 2 – Comunicação efetiva

Medidas sugeridas para tornar a comunicação mais segura no ambiente hospitalar:

- Padronizar protocolos e rotinas institucionais;
- Padronizar as informações mínimas que devem ser registradas na passagem de plantão e na transferência de pacientes;
- Padronizar as informações de prescrição médica, evolução e pareceres;
- Utilizar somente abreviaturas padronizadas pela instituição;
- Realizar registros no prontuário de maneira clara, objetiva, completa, legível e sem rasuras, acrescentando sempre nome legível e número do registro profissional após.

- Certificar-se de que a informação recebida foi compreendida e registrada corretamente por quem a recebeu (técnica *read back*, ou “ler de volta”);
- Realizar auditoria sistematizada e periódica a fim de identificar possíveis falhas de comunicação;

Capacitar a equipe para uma adequada comunicação entre os profissionais utilizando metodologias que facilitem a compreensão da informação, como a técnica SBAR:

(Manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, 2013)



Meta 2 – Comunicação efetiva

S

Situation

Situação atual – O que está acontecendo

B

Background

Antecedentes – História resumida e tratamento atual

A

Assessment

Avaliação – Como está no momento, alteração de sinais vitais e condutas tomadas

R

Recommendation

Recomendação – O que deve ser feito

Lembre-se de que a comunicação ineficaz está entre as causas-raízes de mais de 70% dos erros na atenção à saúde!

(Manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, 2013)





Meta 3 – Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

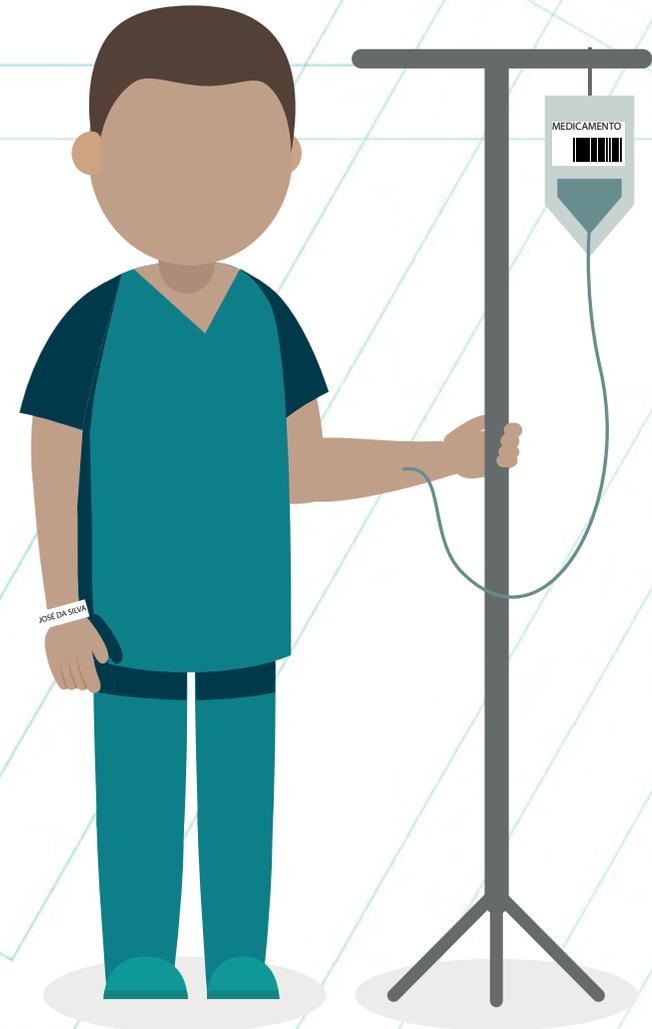
O que é?

Trata-se da diminuição de danos evitáveis relacionados ao uso de medicamentos. A utilização segura engloba atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos.

Objetivo

Promover práticas seguras na prescrição, uso e administração de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

1,5 milhão de eventos adversos relacionados a medicamento por ano nos EUA, custando US\$3,5 bilhões. (*Institute of Medicine, 2006*).





Meta 3 – Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos



Processos críticos envolvidos

- Legibilidade da prescrição;
- Uso de abreviações na prescrição e etiquetas;
- Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes;
- Fluxo de separação, identificação e dispensação de medicamentos;
- Preparo e administração de medicamentos e reações adversas;
- Identificação do paciente ao qual se destina;
- Prática do “reproduzir” prescrições médicas em instituições que possuem prontuário eletrônico.

7 mil mortes a cada ano são consequência de erros de medicação.
(*Institute of Medicine*, 1998).



Práticas seguras na prescrição, uso e dispensação de medicamentos:

Prescrição

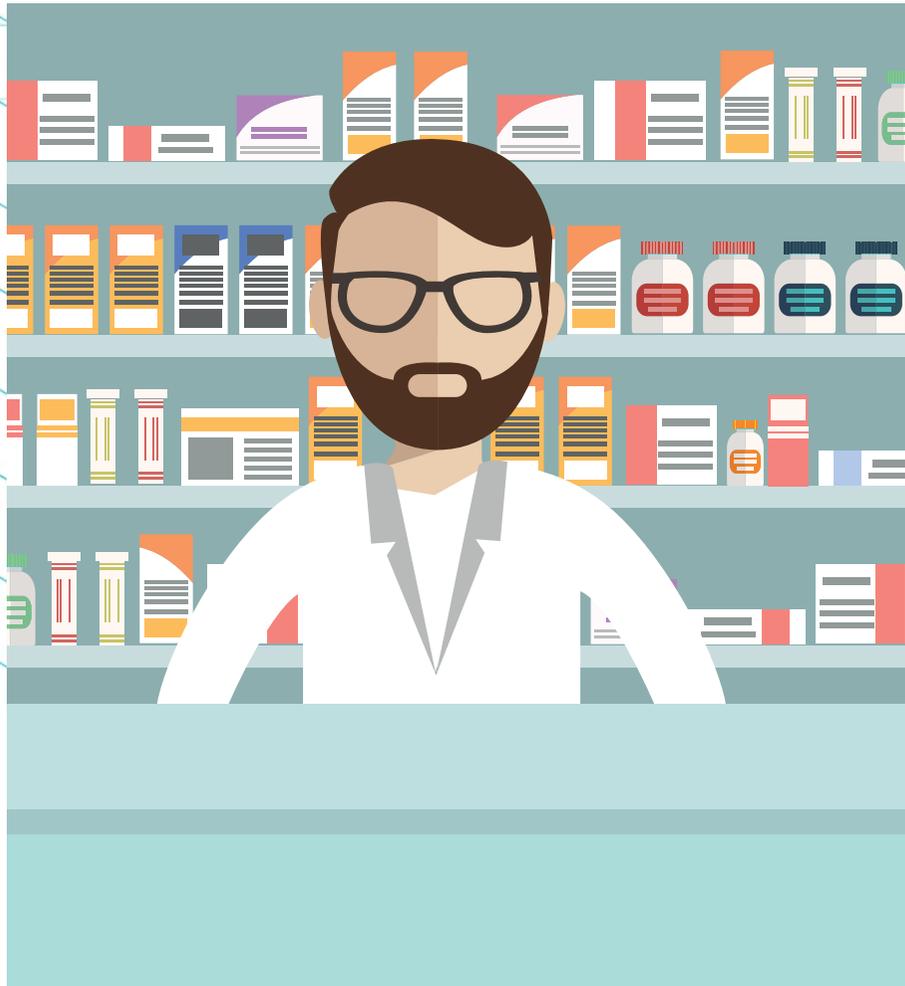
Devemos adotar nas instituições uma série de medidas para a prevenção da ocorrência de erros na prescrição, como:

- Elaborar um protocolo ou diretriz para a prescrição médica na instituição;
- Garantir a correta identificação do paciente (Meta 1);
- Utilizar preferencialmente prescrições digitadas/ eletrônicas ou garantir a legibilidade da informação;
- Utilizar procedimentos específicos na prescrição de medicamentos com som/escrita ou aparência semelhantes;
- Não utilizar ou evitar o uso de abreviaturas/símbolos e garantir a clareza da descrição do princípio ativo e da dosagem;
- Utilizar prescrições verbais exclusivamente em casos de emergência e definir um procedimento seguro de realização e registro.





Práticas seguras na prescrição, uso e dispensação de medicamentos:



Dispensação de medicamentos

São medidas de prevenção para a ocorrência de erros na dispensação:

- Garantir a identificação do paciente no medicamento dispensado;
- Dupla checagem no processo da separação;
- Diferenciar a embalagem de medicamentos controlados, potencialmente perigosos e que contenham alguma característica específica de armazenamento (termolábil, fotossensível);
- Colocar alertas visíveis aos profissionais envolvidos em relação ao risco de determinados medicamentos;
- Adotar um sistema seguro de distribuição de medicamentos (como o “sistema individualizado” ou a “dose unitária”).

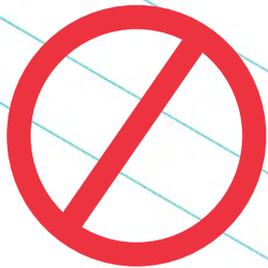


Práticas seguras na prescrição, uso e dispensação de medicamentos:

Medicamentos potencialmente perigosos

São aqueles medicamentos que apresentam um risco maior de causar danos em decorrência de falhas no processo de utilização. São também chamados de Medicamentos de Alto Risco ou Medicamentos de Alta Vigilância (MAV). A este grupo é recomendado:

O Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP) recomenda que cada instituição tenha sua própria lista de Medicamentos de Alta Vigilância e a divulgue!
(ISMP, 2015)



Restrição ao acesso



Padronização da prescrição



Dupla checagem no momento do preparo e da administração



Uso de rótulos que possam identificá-lo



Práticas seguras na prescrição, uso e dispensação de medicamentos:

Medicamentos controlados

A Portaria n. 344, de 12 de maio 1998, define “psicotrópico” como: “toda substância que pode determinar dependência química, física ou psíquica”.

Os mesmos devem também permanecer em local de acesso restrito, trancados. Precisamos manter os cuidados no momento da conferência, do preparo e da administração, assim como o monitoramento das reações adversas.

Portanto, atenção a esses medicamentos!!!



Administração de medicamentos

A administração de medicamentos é o último momento para a prevenção das possíveis falhas, portanto, a equipe de enfermagem é uma barreira fundamental para evitar erros relacionados à administração de medicamentos!!! Também é de extrema importância a participação do paciente/acompanhante, que deve ter conhecimento a respeito dos medicamentos utilizados para auxiliar na prevenção de erros.

Dicas:

1. Em caso de dúvidas , não administre o medicamento – esclareça –as com a equipe da farmácia e/ou enfermeiro;
2. Checar com o paciente presença de alergias e orientá-lo a comunicar sempre a enfermagem antes da administração do medicamento;
3. Antes da administração do medicamento deve-se sempre checar os 5 certos: paciente certo , medicamento certo, via certa, dose certa , hora certa.



Práticas seguras na prescrição, uso e dispensação de medicamentos:

Medicamentos trazidos pelo paciente

Para garantir a segurança do paciente e a continuidade do cuidado na terapia medicamentosa, logo na admissão do paciente deverão ser relacionados quais medicamentos de que ele faz uso, para que possa ser avaliada a necessidade de sua continuação ou de sua suspensão.

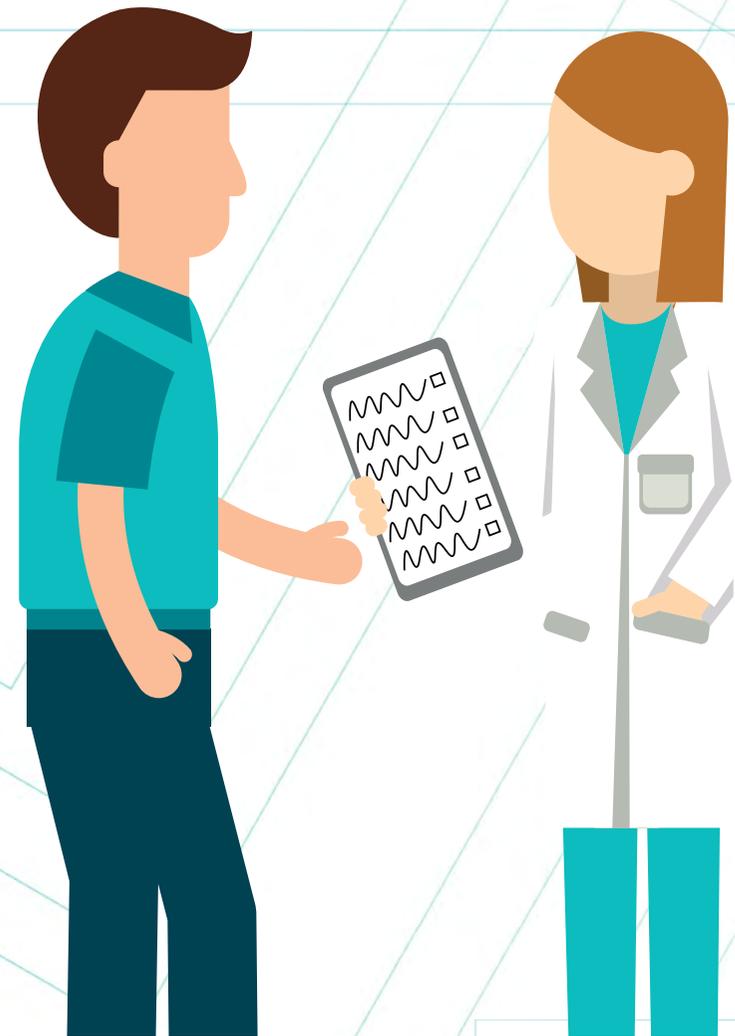
Muitos pacientes trazem de suas residências os medicamentos de uso habitual e precisam ser orientados a não os utilizar no hospital. Para garantir que esse processo seja seguro, precisamos seguir algumas regras:





Práticas seguras na prescrição, uso e dispensação de medicamentos:

- O médico deve ser informado sobre os medicamentos de uso habitual do paciente;
- Todas as informações devem ser registradas nos prontuários;
- O paciente deve ser informado sobre os procedimentos da instituição e sobre os riscos da automedicação.





Meta 4 – Cirurgia segura

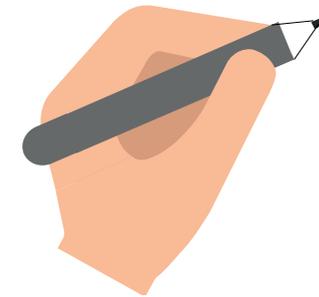
O que é?

Protocolo básico de segurança do paciente, que, através da implantação de determinadas ações, minimiza a ocorrência de incidentes, eventos adversos e reduz a taxa de mortalidade cirúrgica.



Quase 2/3 dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico.

(Vries, E.N et al,2008)



13% dos eventos adversos relatados em instituições estão relacionados com o erro no local operado devido à falha no registro da lateralidade.

(Joint Commission ,2006)



Meta 4 – Cirurgia segura



O uso do *checklist* reduz a ocorrência de complicações cirúrgicas de 11% para 7% e provoca redução na taxa de mortalidade de 1,5% para 0,8 %.
(Haynes *et al*, 2009)

Checklist de cirurgia segura

Trata-se de uma lista de verificação que deve ser aplicada em três momentos: antes da indução anestésica, imediatamente antes da cirurgia (*time out*) e após o procedimento cirúrgico. O *time out* é considerado a etapa crucial por ser o momento em que toda a equipe se encontra reunida antes do início do procedimento cirúrgico. Sua realização leva poucos minutos e é de extrema importância para garantir a realização de procedimentos seguros. Abaixo, seguem as questões sugeridas pela OMS:



Meta 4 – Cirurgia segura

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

Antes da indução anestésica

▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes da incisão cirúrgica

▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶ Antes de o paciente sair da sala de operações

IDENTIFICAÇÃO

- PACIENTE CONFIRMOU**
 - IDENTIDADE
 - SÍTIO CIRÚRGICO
 - PROCEDIMENTO
 - CONSENTIMENTO
- SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA**
- VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA**
- OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO**

O PACIENTE POSSUI:

- ALERGIA CONHECIDA?**
 - NÃO
 - SIM
- VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?**
 - NÃO
 - SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS
- RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?**
 - NÃO
 - SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS

CONFIRMAÇÃO

- CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO**
- CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE:**
 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 - SÍTIO CIRÚRGICO
 - PROCEDIMENTO
- EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS**
- REVISÃO DO CIRURGIÃO:** QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA PREVISTA?
- REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?
- A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?**
 - SIM
 - NÃO SE APLICA
- AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?**
 - SIM
 - NÃO SE APLICA

REGISTRO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO**
- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)**
- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)**
- SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO**
- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)**

Assinatura _____

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.



Meta 4 – Cirurgia segura

Quem é o responsável pela condução do *checklist* de cirurgia segura?

Qualquer profissional que atue no centro cirúrgico (enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico) pode ser o responsável pela aplicação do *checklist*. Este profissional será responsável pela realização das verificações de segurança da lista e pelo preenchimento em sua totalidade.

Como aplicar o *checklist* de cirurgia segura?

O responsável pela condução do *checklist* deverá verificar verbalmente todos os itens do mesmo com o membro responsável da equipe, de forma a garantir a execução das principais ações.

Cada profissional deve saber quais questões são de sua competência profissional.

Preste atenção!

O *checklist* deve estar completamente preenchido, contendo o nome completo e o registro do profissional responsável pelo preenchimento. Deve ser anexado ao prontuário do paciente.

O *checklist* deve ser adaptado de acordo com as características e perfil assistencial de cada hospital.





Meta 4 – Cirurgia segura

Outros itens que devem ser implantados para garantir a segurança cirúrgica:

Agendamento cirúrgico

O mapa cirúrgico traz as informações a respeito dos procedimentos que serão realizados, permitindo a alocação de recursos humanos e materiais visando à segurança. Também permite o dimensionamento adequado de leitos de internação e intensivos, bem como a otimização da estrutura existente. A sua realização antecipada permite a verificação do estado clínico do paciente e a possibilidade de novas condutas, reduzindo o número de cirurgias desmarcadas. Em geral, é constituído por: identificação do paciente; data e hora do procedimento; nome do procedimento cirúrgico; nome do cirurgião; reserva de hemoderivados e leito de UTI.

Visita pré-anestésica

É uma avaliação clínica especializada que deve ser efetuada antes da realização de um ato cirúrgico, visando fornecer informações ao paciente e a familiares, referentes

a: tempo de jejum; preparo; tempo aproximado do procedimento; uso de monitorização; terapias utilizadas, como inserção de dispositivos e uso de medicamentos, entre outras. Também devem ser abordados, nesse momento, os riscos, os benefícios, as complicações potenciais e as alternativas, para que o paciente tenha autonomia sobre a decisão de realização do procedimento.

Monitoramento

É feito por meio de auditoria sistemática e utilização de indicadores, como:

- Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado;
- Número de cirurgias em local errado;
- Número de cirurgias em paciente errado;
- Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco cirúrgico;
- Taxa de adesão à Lista de Verificação.



Meta 4 – Cirurgia segura

Parto seguro

Segundo a OMS, dos 130 milhões de nascimentos ocorridos todos os anos, cerca de 303 mil resultam na morte materna; 2,6 milhões é o número de bebês que nascem mortos e cerca de 2,7 milhões é o número de bebês que falecem nos primeiros 28 dias após o nascimento.



Normalmente, as mortes maternas e dos recém-nascidos ocorrem em até 24 horas após o parto. E muitos dos profissionais de saúde não sabem que a maioria dos óbitos acontece por causas que poderiam ser evitadas, como: hemorragia pós-parto; infecção; trabalho de parto obstruído; pré-eclâmpsia; asfixia ao nascer. Por esse motivo, a OMS, em parceria com outras instituições, elaborou uma lista de verificação (*checklist*) com componentes que proporcionam uma assistência mais segura à mãe e ao recém-nascido. Essa lista corresponde a verificações em momentos cruciais: quando a mãe é admitida; antes de empurrar o bebê no parto normal / antes da cesariana; uma hora após o nascimento; antes de a mãe e o bebê receberem alta.

O link para a consulta da lista de verificação do parto seguro está disponível em:

http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/scc_portuguese/en/

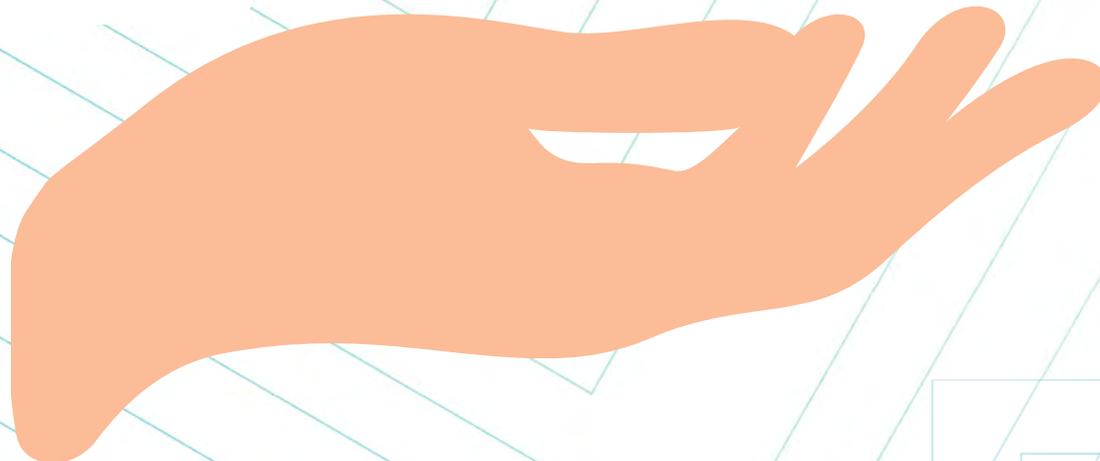


Meta 5 – Higienização das mãos

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos deles, que podem se transferir de uma superfície para a outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto (com objetos e superfícies contaminados).

Assim, a higienização das mãos é uma prática inquestionável para o controle de infecções nos serviços de saúde, principalmente ao considerarmos que as infecções são um risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais.

Segundo a OMS: Higienizar as mãos pode significar uma redução de até 50% das IRAS.





Meta 5 – Higienização das mãos

Quando?

Em que momento devo realizar a higiene das mãos?
A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda estes cinco momentos para higienização das mãos:

1

Antes de tocar o paciente

2

Antes de realizar procedimento limpo/asséptico

3

Após risco de exposição a fluidos corpóreos

4

Após tocar o paciente

5

Após tocar superfícies próximas ao paciente





Meta 5 – Higienização das mãos

1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE

QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente.

POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos das pessoas e que podem causar infecções.

2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO

QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico.

POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do cuidador para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.

3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS

QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas).

POR QUÊ? Para a proteção do cuidador e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros cuidadores ou pacientes.

4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE

QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente.

POR QUÊ? Para a proteção do cuidador e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.

5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE

QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente.

POR QUÊ? Para a proteção do cuidador e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente para o cuidador.



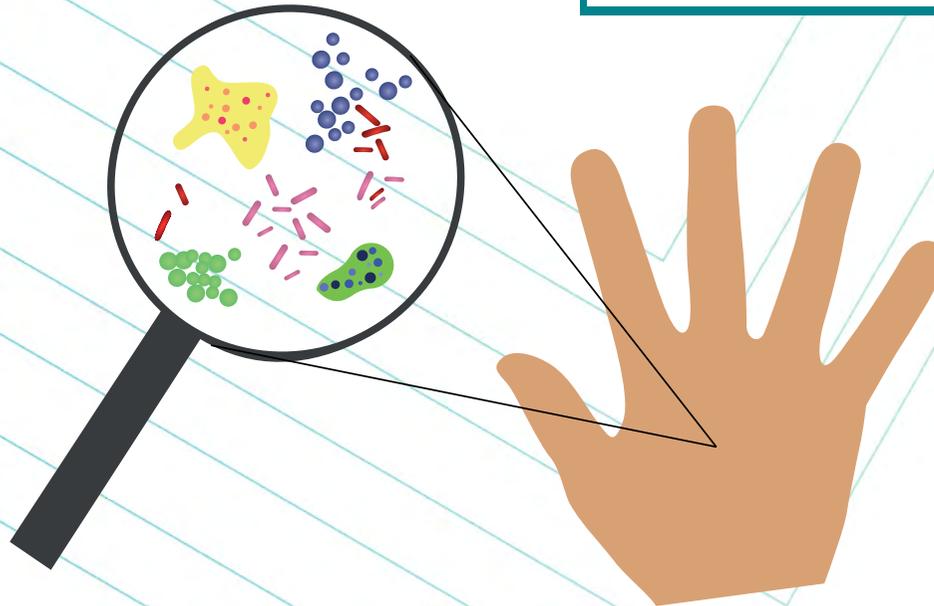
Meta 5 – Higienização das mãos

São finalidades da higienização das mãos: remover sujidades, suor, oleosidade, pelos, células descamativas e microbiota da pele, de forma a interromper a transmissão de infecções pelo contato e por transmissões cruzadas, entre as mãos dos profissionais da área de saúde, acompanhantes e visitantes.

Os profissionais que atuam nos serviços de saúde, devem higienizar as mãos com:

- Água e sabão;
- Álcool;
- Antisséptico degermante.

(Anvisa, 2007)

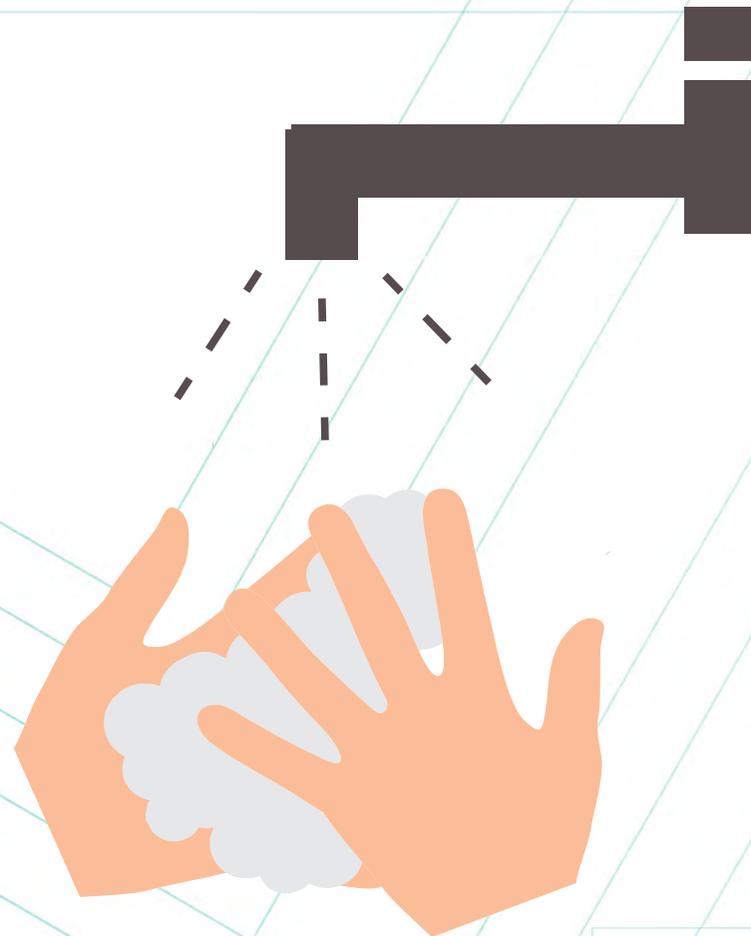




Meta 5 – Higienização das mãos

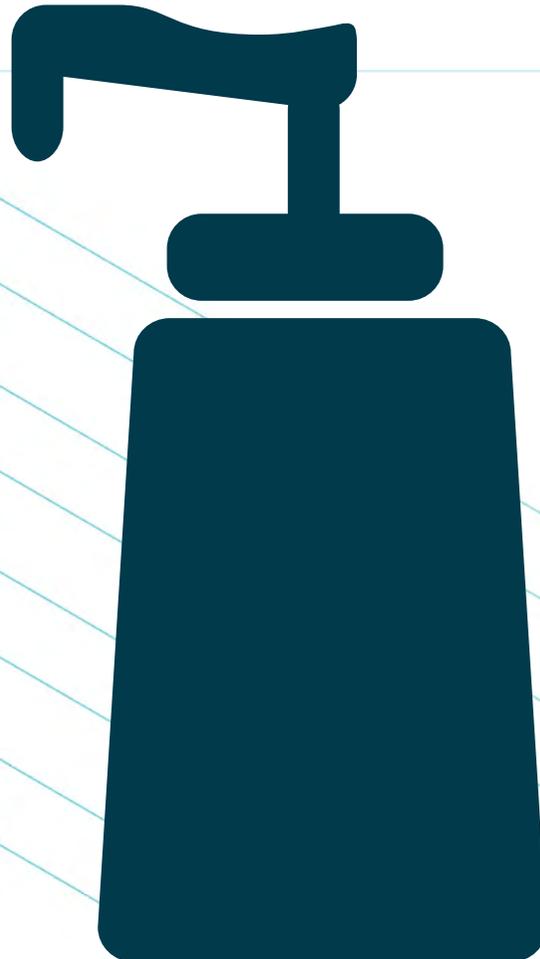
Água e sabão. Quando usar?

- Quando a mão estiver visivelmente suja ou contaminadas com sangue ou fluidos corporais;
- Antes de iniciar e ao encerrar o turno de trabalho;
- Ao preparar medicamentos;
- Ao preparar alimentos;
- Antes e após as refeições;
- Antes e após ir ao banheiro;
- Antes e após atendimento de pacientes em isolamento;
- Após algumas aplicações consecutivas de álcool em gel.





Meta 5 – Higienização das mãos



Preparações alcoólicas. Quando usar?

- Anteriormente ao contato com o paciente;
- Após o contato com o paciente;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais;
- Antes de manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas e após a remoção das luvas
- Após contato com objetos e superfícies imediatamente próximas ao paciente



Meta 6 – Prevenção de queda

Definição de queda

A queda é definida como deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por diversas circunstâncias, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê-conforto, berço, etc.), incluindo vaso sanitário.





Meta 6 – Prevenção de queda

Fatores de risco para a queda:

- Demográfico: crianças menores de 5 anos e idosos com mais de 65 anos;
- Déficit de compreensão e de atenção, depressão, ansiedade, demência, agitação e confusão;
- Condições de saúde e presença de doenças crônicas: acidente vascular cerebral prévio, hipotensão postural, tontura, convulsão, síncope, dor intensa, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinência ou urgência miccional, incontinência ou urgência para evacuação, artrite, osteoporose, alterações metabólicas (como hipoglicemia);
- Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de auxílio à marcha, fraqueza muscular e articular, amputação de membros inferiores, deformidades nos membros inferiores;



- Comprometimento sensorial: visão, audição ou tato;
- Equilíbrio corporal: marcha alterada;
- Uso de medicamentos que causem sonolência, tontura, fraqueza muscular, urgência miccional/intestinal, etc.;
- Obesidade severa;
- História prévia de queda.



Meta 6 – Prevenção de queda

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, e sim específicas para o público ao qual se destina, por exemplo, adulto ou pediátrico. No Brasil, frequentemente utilizamos a escala de “Morse” e a “*St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)*”.

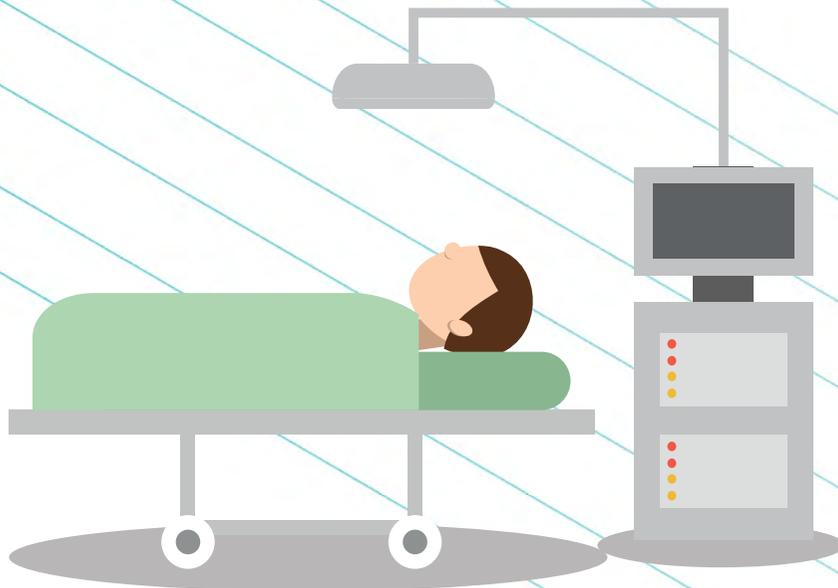
Para classificação do risco, utilizamos os seguintes critérios:

PACIENTES COM ALTO RISCO DE QUEDA

- Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco;
- Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Deambula com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas;
- Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

PACIENTES COM BAIXO RISCO DE QUEDA

- Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco;
- Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.





Meta 6 – Prevenção de queda

Medidas

- Elaborar rotinas para avaliar o paciente na admissão e durante a internação, utilizando instrumentos de apoio, como a escala Morse e propor ações de segurança de acordo com o risco avaliado;
- Sinalizar o paciente com risco de queda e manter as grades da cama elevadas;
- Orientar paciente e familiares/acompanhantes sobre o risco de queda e a manter as grades elevadas;
- Orientar paciente e familiares/acompanhantes a solicitar auxílio de um profissional para sair do leito;
- Quando necessário, utilizar equipamentos para auxiliar a marcha, como andadores ou bengalas;
- Adequar o horário dos medicamentos que possam gerar sonolência;

- Em casos de Contenção Mecânica, a instituição deve implantar um protocolo padronizado e capacitar toda a equipe assistencial para o manuseio e avaliação sistematizada do paciente incluso neste protocolo.
- No caso de queda, o profissional deve registrar e realizar a notificação da ocorrência.

O que avaliar

- Número de pacientes com risco de queda detectados na admissão;
- Número de quedas com danos;
- Número de quedas sem danos;
- Índice de quedas.



Meta 7 – Prevenção da lesão por pressão

O que é?

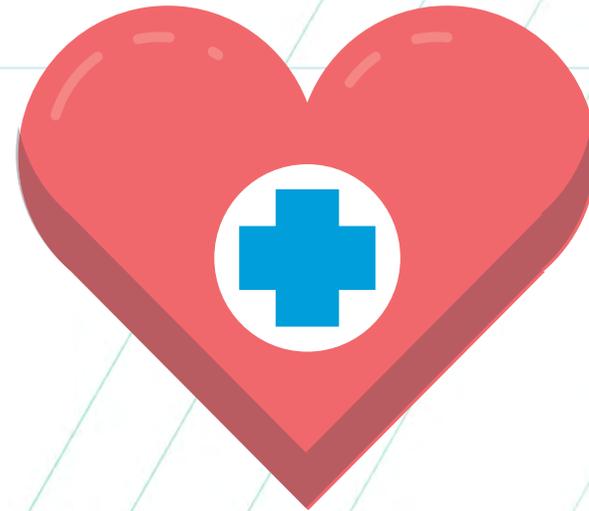
Prevenir a ocorrência de lesão por pressão e de outras lesões de pele.

Objetivo

Evitar o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis relacionados ao surgimento de lesões de pele e de lesões por pressão.

Fatores de risco

- Tempo de permanência do paciente no serviço de saúde;
- Mobilidade alterada;
- Extremo de idades;
- Deficiência nutricional (desnutrição e desidratação);
- Incontinência urinária/fecal;
- Alteração na sensibilidade da pele;
- Alteração do estado de consciência;
- Presença de doença vascular.





Meta 7 – Prevenção da lesão por pressão



Como fazer?

1 Avaliar a pele para detectar a existência de Lesões Por Pressão (LPP) ou lesões de pele instaladas e/ou avaliar o risco de desenvolvimento das mesmas. É indicada a utilização de ferramenta validada para avaliação do risco de desenvolvimento de LPP que leve em conta fatores como mobilidade, incontinência, déficit sensitivo e estado nutricional (incluindo desidratação), e que permita a adoção imediata de medidas preventivas, por exemplo, a “Escala de BRADEN”;

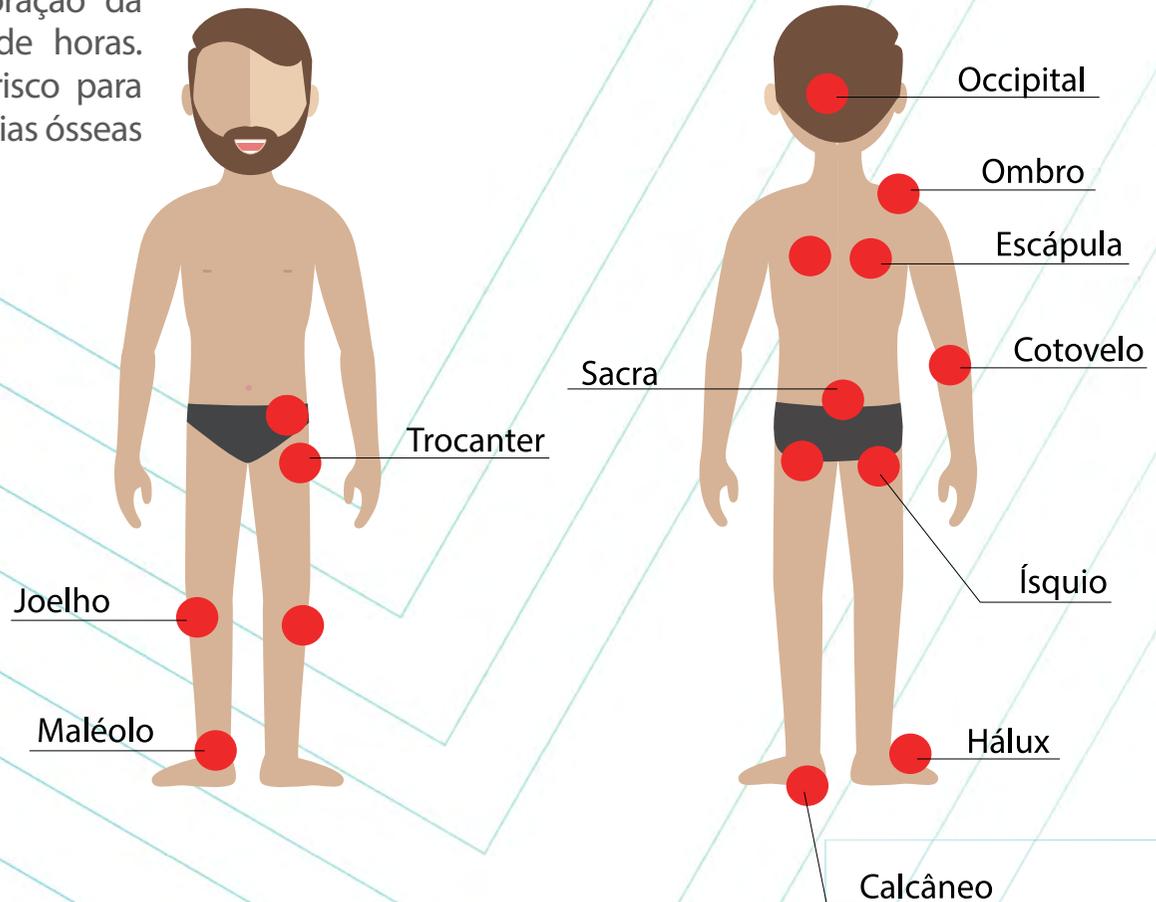
2 Reavaliar diariamente o risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes, permitindo aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades dos pacientes;



Meta 7 – Prevenção da lesão por pressão

3

Inspecionar diariamente a pele dos pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, pois a deterioração da integridade da pele pode ocorrer em questão de horas. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP, como áreas de proeminências ósseas (sacro, calcâneo e cóccix, por exemplo);





Meta 7 – Prevenção da lesão por pressão

4

Manter o paciente com a pele sempre seca e hidratada. A pele úmida é mais suscetível à ruptura e ao desenvolvimento de lesão. Assim, a pele deve estar sempre limpa e possuir o mínimo de contato com a umidade devido à incontinência, à transpiração ou a feridas;

5

Proporcionar ingestão hídrica e suporte nutricional adequado, pois, com déficit nutricional e/ou desidratação, aliado a redução da mobilidade, há um maior risco para o desenvolvimento de lesão. É recomendado que o nutricionista avalie o paciente com risco de lesão ou com lesão já instalada para adequar a oferta nutricional e indicar suplementação se necessário;

6

Minimizar a pressão sobre as proeminências ósseas, reposicionando o paciente a cada duas horas e elevando a cabeceira da cama no máximo a 30°. Assim, é proporcionada uma melhor circulação nas áreas do corpo com risco de

desenvolvimento de LPP. A utilização de coxins e travesseiros auxiliam na redistribuição das áreas de pressão. Para pacientes traqueostomizados, em ventilação mecânica invasiva ou não, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.





Meta 7 – Prevenção da lesão por pressão

Como prevenir

1. Mudar o decúbito a cada duas horas;
2. Mobilizar o paciente;
3. Proteger áreas mais suscetíveis;
4. Realizar o manejo da umidade da pele;
5. Proporcionar suporte nutricional e hidratação adequados;
6. Realizar manejo da dor, quando necessário.





Meta 7 – Prevenção da lesão por pressão

Como monitorar

- Percentual de pacientes submetidos à avaliação de risco para LPP;
- Percentual de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP;
- Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP;
- Incidência de LPP.





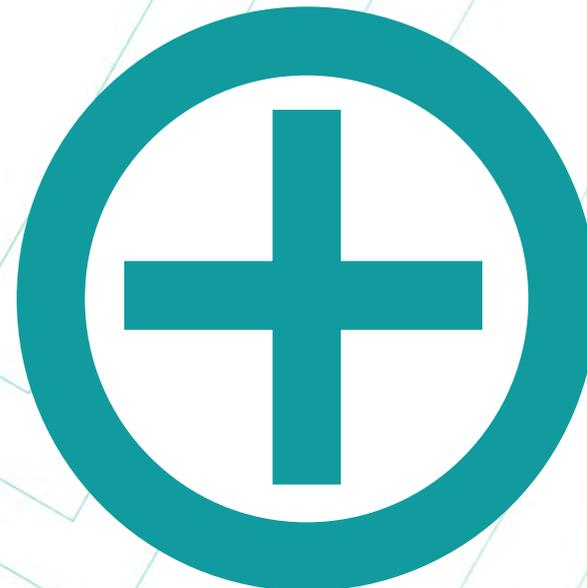
Cultura de segurança

As organizações hospitalares possuem processos em crescente complexidade, que podem elevar o risco da ocorrência de incidentes, erros ou falhas. Possuir uma cultura de segurança positiva tornou-se um requisito essencial para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde.

Ou seja, a cultura de segurança pode ser definida pelo comportamento individual e do grupo de membros da instituição, de acordo com seu comprometimento e sua responsabilidade no oferecimento de serviços qualificados e seguros.

As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e pela confiança na efetividade de medidas preventivas.

A RDC n. 36, de 2013, define “cultura da segurança” como “o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”.





Cultura de segurança

FATORES QUE INTERFEREM NEGATIVAMENTE NA CULTURA DE SEGURANÇA:

- Responsabilização/culpabilização dos profissionais da linha de frente, negligenciando as deficiências presentes no sistema de saúde;
- Incidentes, quando reconhecidos, são considerados “inevitáveis”;
- Crença de que os profissionais de saúde foram perfeitamente treinados;
- Cuidado organizado de forma hierárquica, o que faz com que a comunicação sobre segurança seja inexistente;
- Pouca ênfase no aprendizado organizacional.

(Reis, C.T Proqualis ,2017)

Objetivo

- Compreender como os funcionários percebem a segurança do paciente na organização;
- Identificar áreas/unidades cujas características da cultura necessitam de melhorias;
- Avaliar a efetividade de ações implementadas para a melhoria da segurança ao longo do tempo;
- Comparar dados internos e externos à organização;
- Priorizar esforços de fortalecimento da cultura.

Como avaliar a cultura de segurança?

Existem questionários padronizados que medem as ações cotidianas das pessoas com relação à cultura de segurança, agrupadas em dimensões. Os questionários validados e disponíveis no Brasil são o *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* e o *Safety Attitude Questionnaire (SAQ)*.



NR-32 - Norma regulamentadora 32

O que é a NR-32?

- É a Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) que trata das medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.
- Em todo acidente de trabalho envolvendo riscos biológicos, com ou sem afastamento, deve ser emitida a CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho;
- São proibidos o ato de fumar, o uso de adornos, o consumo e a guarda de alimentos nos postos de trabalho;
- Todos os servidores devem utilizar os EPI (Equipamentos de Proteção Individual), adequados aos riscos encontrados nos setores. Exemplo: óculos de proteção, luvas de procedimento, etc.;
- Os profissionais da área hospitalar devem descartar os resíduos em seu local de trabalho, de acordo com a identificação e classificação das lixeiras. Exemplo: resíduos biológicos/ infectantes (gaze com sangue, dreno) no saco branco, resíduos comuns (papel, copo descartável) no saco preto, etc. Os resíduos perfurocortantes devem ser descartados nas caixas apropriadas que se encontram no setor ou nas proximidades.





NR-23 - Norma regulamentadora 23

O que é a NR-23?

- É a Norma Regulamentadora que trata da proteção contra incêndio nas empresas e instituições;
- Os servidores devem receber treinamento sobre o uso adequado dos extintores manuais de incêndio, que devem se encontrar sempre em condições de uso, dentro do prazo de validade da carga e desobstruídos;
- Todas as ROTAS DE FUGA devem estar sinalizadas com placas fotoluminescentes e completamente desobstruídas;
- **BOAS PRÁTICAS:** Orientamos manter fechados e com controle de acesso somente para pessoas autorizadas os seguintes locais: geradores, central de gases medicinais, subestação, abrigo de resíduos externo, reservatórios de água, etc.





Referências bibliográficas

ACSNI STUDY GROUP OF HUMAN FACTORS. Health and Safety Commission. **Third Report: Organizing for Safety**. London, HMSO 1993.

BARACH, P.; SEIDEN, S.C. Wrong-side/wrong-site, wrong-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? **Arch Surg.**, 141 (9): 931-9, set., 2006.

Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em 17 de Maio de 2018.

Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em 17 de Maio de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 27, Seção 1, p. 32-33, jul., 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada – RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. **Diário**

Oficial [da] República Federativa do Brasil, 26, Seção 1, p. 27-28, out., 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 20, Seção 1, p. 39-78, mar., 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada – RDC nº 481, de 23 de setembro de 1999. Estabelece os parâmetros de controle microbiológico para os produtos de higiene pessoal, cosméticos e perfumes conforme anexo dessa Resolução. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 27, Seção 1, p 29, set., 1999.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pessao>>. Acesso em: ago., 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diretrizes para o Gerenciamento do Risco em Farmacovigilância**. Brasília, 2008.



Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo de Identificação do Paciente**. 2013. Disponível em: <<http://saude.gov.br/segurancadopaciente>>. Acesso em 17 de Maio de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo de Cirurgia Segura**. 2013. Disponível em: <<http://saude.gov.br/segurancadopaciente>>. Acesso em 17 de Maio de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 .

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo de Prevenção de Quedas**. 2013. Disponível em: <<http://saude.gov.br/segurancadopaciente>>. Acesso em 17 de maio de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão**. 2013. Disponível em: <<http://saude.gov.br/segurancadopaciente>>. Acesso em 17 de Maio de 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2013.

Disponível em: <<http://saude.gov.br/segurancadopaciente>>. Acesso em 17 de Maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Estabelece o Programa de Controle de Infecção Hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1., p 43, 02 de abr., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente [PNSP]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1., p 43, 02 de abr., 2013.

BOERMEESTER, M.A.; DE VRIES, E.N.; GOUMA, D.J.; RAMRATTAN, M.A.; SMORENBURG, S.M. "The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review." **Qual Saf Health Care**. 17(3): 216-23, jun., 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices**. MMWR Recomm Rep. 51(RR-16):1-45, out., 2002.

COHEN, M.R. "The role of drug packing and labeling in medication errors". **Medication errors**. 2ª ed., Washington: American Pharmaceutical Association, 2006, p. 52-111.



Referências bibliográficas

COIMBRA, A.M.V.; FALSARELLA, G.R.; GASPAROTTO, L.P.R.; RENÓ, L.P. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. **Revisão da literatura**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 17(4): 897-910, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400897&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 29 de ago. de 2017.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 1, p. 136, 25 de set., 2015.

CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M.S.; KOHN, L.T. Committee on Quality of Health Care in America. To err is human. **Building a Safety Healthy System**. 1º ed. Washington: National Academy Press, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>>. Acesso em: 29 de ago. de 2017.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Segurança do Paciente e Gerenciamento de Riscos**. Ribeirão Preto, 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE. Preventing Medication Errors. **Report Brief**. 2006. Disponível em: <<http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2006/Preventing-Medication-Errors-Quality-Chasm-Series.aspx>>. Acesso em: 29 de ago. de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA EXCELÊNCIA EM SAÚDE. **Os 9 Certos na administração segura de medicamentos pela enfermagem**. São Paulo: IBES. Disponível em: <<http://www.ibes.med.br/os-9-certos-na-administracao-segura-de-medicamentos-pela-enfermagem/>>. Acesso em: 29 de ago. de 2017.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS – ISMP. **Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial**. Disponível em: <<http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>>. Acesso em: 29 de ago. de 2017.

JOINT COMISSION. **Sentinel event statistics**. 31 de dez. de 2006. Disponível em: <<http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>>.

MARTINS, M.; MENDES, W.; MOURA, M.L.O.; PAVÃO, A.L.B.; TRAVASSOS, C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 59(5):421-428, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302013000500006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 de ago. de 2017.

MARTINS, M.; MENDES, W.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in Brazilian hospitals. **Int J**



Referências bibliográficas

Qual Health Care. 21(4):279-284, 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/21/4/279/1801452>>. Acesso em: 29 de ago. de 2017.

MENDES, W.; SOUZA P. **Segurança do Paciente: Conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** 1º ed. Rio de Janeiro: EaD/ENSP, 2014.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente – Manual para profissionais da saúde.** Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/images/publicacoes/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 29 de ago. de 2017.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013. Disponível: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002441PwFnHv.pdf>>. Acesso em: 29 de ago. de 2017.

REIS, C.T. Proqualis. **Cultura de Segurança do Paciente: por onde começar?** Disponível em: <<https://proqualis.net/aula/cultura-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-por-onde-come%C3%A7ar>>. Acesso em: 29 de ago. de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. **Final Technical Report.** Jan., 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. **Relatório Técnico Final.** Direção Geral da Saúde. 2011, p. 142. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf>. Acesso em: 29 de ago. de 2017.

HAYNES, AB; WEISER TG; BERRY, WR, LIPSITZ, SR; BREIZAT, AHS; DELLINGER EP; et al. **A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population.** N Engl J Med 2009; 360:491-9

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo de Higienização das Mãos em Serviços de Saúde.** 2013. Disponível em: <<http://saude.gov.br/segurancadopaciente>>. Acesso em 17 de maio de 2018

VRIES, E.N; RAMRATTAN,S.M; GOUMA, D.J; BOERMEESTER, M.A. **The incidence and nature of in hospital adverse events: a systematic review .**Qual Saf Health Care 2008 ,17:216-222.

