

GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA
DO PACIENTE: UMA ABORDAGEM
MULTIFORME



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE COMUNICAÇÃO, TURISMO E ARTES
REITORA
MARGARETH DE FÁTIMA FORMIGA DINIZ
VICE-REITOR
BERNARDINA MARIA JUVENAL FREIRE DE OLIVEIRA



DIRETOR DO CCTA
JOSÉ DAVID CAMPOS FERNANDES
VICE-DIRETOR
ULISSES CARVALHO DA SILVA



CONSELHO EDITORIAL
CARLOS JOSÉ CARTAXO
GABRIEL BECHARA FILHO
HILDEBERTO BARBOSA DE ARAÚJO
JOSÉ DAVID CAMPOS FERNANDES
MARCÍLIO FAGNER ONOFRE
EDITOR
JOSÉ DAVID CAMPOS FERNANDES
SECRETÁRIO DO CONSELHO EDITORIAL
PAULO VIEIRA
LABORATÓRIO DE JORNALISMO E EDITORAÇÃO
COORDENADOR
PEDRO NUNES FILHO

SÉRGIO RIBEIRO DOS SANTOS
CÉSAR CAVALCANTI DA SILVA
MARIA BERNADETE DE SOUSA COSTA
ORGANIZADORES

GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA
DO PACIENTE: UMA ABORDAGEM
MULTIFORME

EDITORA DO CCTA
JOÃO PESSOA
2017

Arte da capa: Adriana Cláudia de Sousa Costa

Finalização: Rudah Silva

Projeto gráfico: Luiz Alberto

Catálogo na publicação Bibliotecária Josélia Oliveira – CRB15/113

G393 Gestão de Risco e Segurança do Paciente : Uma Abordagem
Multiforme / Sérgio Ribeiro dos Santos, César Cavalcanti
da Silva, Maria Bernadete de Sousa Costa (Org.). – João Pes
soa: Editora do CCTA, 2017.

279 p.

ISBN 978-85-9559-013-7

1. Saúde Pública. 2. Gestão Hospitalar. 3. Gestão De Risco. 4.
Segurança do Paciente. I. Santos, Sérgio Ribeiro dos. II.
Silva, César Cavalcanti da. III. Costa, Maria Bernadete de
Sousa.

CDU 614

Foi feito depósito legal

Todos os textos são de responsabilidades dos autores.

Direitos desta edição reservados a: Editora do CCTA/UFPB

Cidade Universitária – João Pessoa – Paraíba – Brasil

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

OS AUTORES

Adriana Gonçalves de Barros
Alberiza Veras de Albuquerque
Aline Lucena Mendes
Ana Lúcia de Medeiros
Anna Tereza Alves Guedes
Balipalo Lourenço
Carina Cristina Melo Silva
Carmem Rosângela Dias Aragão
Daniela Alves Cardeal dos Santos
Dhyanine Moraes de Lima
Ericka Silva Holmes
Érika Leite da Silva Cardoso
Evyllâne Matias Veloso Ferreira
Francisca Samara Ferreira das Neves
Germana de Fátima de Freitas Gomes Gonçalves
Gyl Dayara Alves de Carvalho
Iris Mariana da Costa Barros
Izabel Medeiros de Oliveira
Jamilton Alves Farias
José da Paz Oliveira Alvarenga
Juliana Paiva Góes Ramalho
Karelline Rosenstock Izaltemberg Vasconcelos
Laura Cristhiane Mendonça Rezende Chaves
Leila de Cássia Tavares da Fonseca
Luciana Ferreira de Souza
Maurício Caxias de Souza
Mayra do Nascimento Melo
Neyce de Matos Nascimento
Nívea Trindade de Araújo Tiburtino Neves
Rafaelly Ramalho Fragoso Alves
Rejane Barbosa Ciriaco Pinheiro
Rennaly Kelly de Araújo Ferreira
Rômulo Wanderley de Lima Cabral
Rozileide Martins Simões Candeia
Saemmy Grasiely Estrela de Albuquerque
Sanni Moraes de Oliveira

Sergio Vital da Silva Junior
Siméia Macêdo de Lima
Sônia Elisia Bueno Gomides
Stella Costa Valdevino
Tâmela Costa
Teresa Cristina Rosa Romero Navarine
Thaís Andréa dos Santos
Thomaz Henrique Pereira Meira
Uberlândia Islândia Barbosa Dantas de Menezes
Wilton José de Carvalho Silva

PREFÁCIO

É com enorme prazer e um privilégio prefaciá-lo este livro, que foi editado com tanta atenção e esmero pelos componentes do grupo GEPAIE, pertencente ao Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Dentre os diferentes assuntos abordados que são encontrados neste livro sobre **gestão de risco**, existem grandes contribuições para a área da saúde, da enfermagem para o leitor poder refletir sobre cada capítulo que ajuízam como propósito agregar conhecimentos atualizados e específicos com fundamentação prática/teórica aos usuários de cada serviço. Em passado recente este tema era explorado de forma sutil, com o passar dos anos e com as novas formas de olhar para o ser humano sem risco do cuidado prestado, é que as exigências se tornaram mais desafiadoras no campo da prática profissional.

Em nossa profissão lidamos com situações complexas e os profissionais necessitam serem mais capacitados para execução de suas atividades, no intuito de atenderem a demanda do serviço com excelente desempenho. Essa exigência transforma o perfil do profissional que executa suas atividades no âmbito do hospital ou na comunidade.

Estamos na era de rápida propagação das informações científicas, se faz necessário que o enfermeiro seja capaz de

integrar os avanços tecnológicos e os novos conhecimentos à sua prática diária para melhor atender as necessidades de seus pacientes que é a essência de nossa profissão. Assim, a iniciativa dos autores para publicarem esse livro mostra uma visão ampliada dos riscos relacionados a algumas áreas de atuação da profissão de enfermagem, dessa forma mostra que a tolerância de erros e eventos adversos deve ser mínimo por parte dos que são responsáveis pelo atendimento direto ou indireto do ser paciente/cliente.

O lançamento desta publicação coincide com um momento de fortalecimento do cuidado pelas exigências das agências regulamentadoras do Brasil tanto em nível nacional quanto internacional contempladas em guidelines tradicionais, normas, rotinas e procedimento operacional padrão, mostrando o processo de revigoramento e os avanços da enfermagem brasileira em especial da Paraíba. Em todo produto existe uma intenção, e a nossa como prólogo deste livro, é que haja continuidade e interesse de todos em aprofundarem esses temas para um trabalho sempre melhor como vitrine da capacidade e do potencial que se revelam nessa obra. Parabenizo a todos os autores pela iniciativa e agradeço a confiança depositada.

Iolanda Beserra da Costa Santos

Prof^a Dr^a DENC/CCS/UFPB

SUMÁRIO

PREFÁCIO	7
1 - GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO PACIENTE NO HOSPITAL.....	11
Sérgio Ribeiro dos Santos Ericka Silva Holmes Gyl Dayara Alves de Carvalho Saemmy Grasiely Estrela de Albuquerque Thais Andréa dos Santos	
2- GESTÃO DE RISCO NA UTI.....	35
Stella Costa Valdevino Francisca Samara Ferreira das Neves Mayra do Nascimento Melo Neyce de Matos Nascimento Teresa Cristina Rosa Romero Navarine	
3 - GESTÃO DE RISCO NO CUIDADO COM IDOSOS.....	65
Juliana Paiva Góes Ramalho Carina Cristina Melo Silva Daniela Alves Cardeal dos Santos Rennaly Kelly de Araújo Ferreira Rozileide Martins Simões Candeia	
4 - GESTÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA..	93
Leila de Cássia Tavares da Fonseca Érika Leite da Silva Cardoso Evyllâne Matias Veloso Ferreira Mayra do Nascimento Melo Teresa Cristina Rosa Romero Navarine	
5 - GESTÃO DE RISCO DOS RESÍDUOS HOSPITALARES...	117
Jamilton Alves Farias Aline Lucena Mendes Uberlândia Islândia Barbosa D. de Menezes Carmem Rosângela Dias Aragão Sônia Elisia Bueno Gomides	
6 - GESTÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	131
Maria Bernadete de Sousa Costa Laura Cristhiane Mendonça Rezende Chaves Anna Tereza Alves Guedes Izabel Medeiros de Oliveira Sanni Moraes de Oliveira Sergio Vital da Silva Junior	

7 - GESTÃO DE RISCO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA DE ATUAÇÃO HOSPITALAR.....	155
Ana Lúcia de Medeiros Alberiza Veras de Albuquerque Adriana Gonçalves de Barros Karelline Rosenstock Izaltemberg Vasconcelos Luciana Ferreira de Souza	
8 - GESTÃO DE RISCO EM HOSPITAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	185
César Cavalcanti da Silva Nívea Trindade Araújo Neves Thomaz Henrique Pereira Meira Balipalo Lourenço Rafaelly Ramalho Fragoso Alves	
9 - GESTÃO DE RISCO E AS COMPETÊNCIAS DOS PROFIS- SIONAIS.....	215
Rômulo Wanderley de Lima Cabral Dhyanine Moraes de Lima Germana de Fátima de Freitas G. Gonçalves Rejane Barbosa Ciriaco Pinheiro Tâmela Costa	
10 - GESTÃO DE RISCO NO ATENDIMENTO DOMICILIAR	247
José da Paz Oliveira Alvarenga Iris Mariana da Costa Barros Maurício Caxias de Souza Simeia Macedo da Silva Wilton José de Carvalho Silva	
OS AUTORES.....	273

Sérgio Ribeiro dos Santos
Ericka Silva Holmes
Gyl Dayara Alves de Carvalho
Saemmy Grasiely Estrela de Albuquerque
Thaís Andréa dos Santos

Introdução

Com os avanços tecnológicos na área da saúde, o acesso aos serviços assistenciais passou por um processo de ampliação acarretando mudanças dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, aumento dos riscos inerentes as demandas crescentes e investimentos insuficientes (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A gestão de riscos é o processo de identificação, avaliação, análise e controle de riscos operacionais em todos os níveis da organização, reunindo resultados e definindo prioridades para melhoria da tomada de decisão, almejando que os riscos, benefícios e custos alcancem um equilíbrio ideal, buscando a preservação da integridade física do profissional, meio ambiente e a imagem institucional (WHO, 2009).

A definição de segurança do paciente engloba prevenir e melhorar os eventos adversos ou lesões que resultem dos processos assistenciais de saúde, incluindo erros, desvios e acidentes, interceptando-os, quando eles ocorrem (WHO, 2009).

A segurança do paciente vem sendo um tema bastante debatido entre os profissionais de saúde e é de grande relevância

para pesquisadores em todo o mundo. A partir de 2000 houve um marco na área de segurança do paciente com os avanços na avaliação da qualidade do cuidado de saúde. Vale destacar, a presença ascendente de pesquisas investigativas no âmbito de segurança hospitalar do paciente e controle de eventos adversos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Com vistas à minimização de potenciais riscos e eventos adversos decorrentes dos processos de trabalho assistenciais, se faz necessário o conhecimento e controle dos danos no ambiente hospitalar, que podem acarretar consequências socioeconômicas até o óbito do indivíduo. Dessa forma, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400, de 2 de outubro de 2007, preconiza o desenvolvimento de atividades de farmacovigilância, hemovigilância, tecnovigilância em saúde como pré-requisito para certificação de hospitais de ensino (CAPUCHO, BRANQUINHO, REIS; 2010; BRASIL, 2007a).

Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como metas para a Segurança do Paciente: identificar os pacientes corretamente; melhorar a comunicação entre as equipes; melhorar o gerenciamento de medicamentos de alto risco; eliminar cirurgias em membros ou em pacientes errados; reduzir os riscos de infecções e reduzir os riscos de lesões decorrentes de quedas (WAPS, 2009).

Em 2005, foi criada em Concepción, Chile, a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, nesse cenário ocorreram reuniões em que foram analisadas as tendências e as prioridades na área de Enfermagem e Segurança do Paciente para o desenvolvimento da enfermagem e de pesquisas nesse âmbito. A partir dessa ideia foi criada a Rede

Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente, em São Paulo no ano de 2008, com objetivo de ampliar o envolvimento de indivíduos que se comprometessem no avanço dessa área no país (REBRAENSP, 2013).

Vale salientar a importante participação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), instituição vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil com a missão de proteger e promover a saúde populacional, a partir de ações que garantam a segurança sanitária de produtos e serviços em consonância com o que é preconizado pela OMS, envolvendo diversas dimensões de qualidade na assistência e serviços ofertados. Esses órgãos instituíram relevantes atos normativos e portarias referentes à área de gestão de risco e segurança do paciente que serão explicitados neste capítulo.

Dessa forma, torna-se evidente a relevância de instituir-se um debate que leve ao aprofundamento do conhecimento na área da gestão de risco e segurança do paciente. Diante o exposto, este capítulo abordará com profundidade a gestão de risco, trazendo definições e legislações acerca da temática. Trará uma reflexão acerca da segurança do paciente apontando marcos histórico no assunto e o destaque para pesquisas sobre eventos adversos e a promoção de uma cultura de segurança. E, finalmente, apresentará o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente no ambiente hospitalar, que visa integrar as ações que busquem identificar e reduzir os riscos relacionados à assistência ao paciente nos serviços de saúde.

Gestão de riscos

A gestão de riscos trata do processo de identificação, avaliação, análise e gestão dos riscos e incidentes que acontecem em todos os níveis organizacionais. Reuni os resultados da corporação, de modo a facilitar a definição das prioridades, atingindo melhorias na tomada de decisão com o objetivo de alcançar o equilíbrio ideal entre risco, custo e benefício (WHO, 2009).

A portaria nº 529 do MS, de 1º de abril de 2013 e a Resolução RDC nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013 definem a gestão de risco como:

[...] a aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013a/b).

Em resposta ao ascendente número de riscos aos quais as empresas estavam expostas no final dos anos 1950, os Estados Unidos da América (EUA) recomendaram, frente a todas as adversidades, a apreciação sobre gestão de riscos. No âmbito da saúde, ainda nos EUA, o conceito de gestão de riscos passou a ser incorporado as empresas, tendo em vista a evolução do grau de complexidade das empresas e hospitais, dentre os quais: bancos de sangue, laboratório, consultórios, dentre outros. Todos tinham como objetivo a proteção das organizações de saúde contra perdas (MILAGRES, 2015).

No Brasil, as ações relacionadas à gestão de riscos passaram a ser instituídas apenas em 2001, pela ANVISA, que

criou a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela para estimular as instituições a realizarem notificações dos eventos adversos relacionados a produtos para a saúde. Dessa maneira, a análise e a causa da ocorrência, assim como, as providências para a correção das falhas nos processos de saúde, seriam instrumentos para a auto identificação dos riscos hospitalares (BRASIL, 2015).

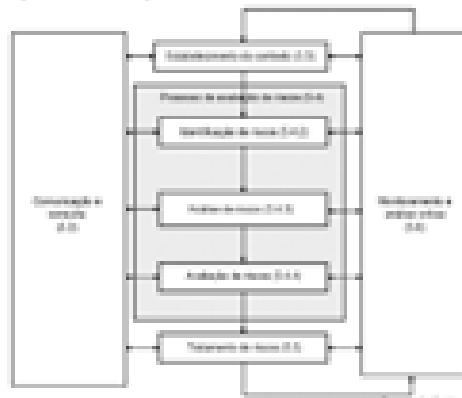
A RDC nº 02/2010 da ANVISA, instituiu o Gerenciamento de Riscos como uma exigência nos estabelecimentos de saúde, requerendo monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde com vistas a minimizar a ocorrência dos eventos adversos (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a).

Entende-se que a gestão de riscos ajuda aos gestores que detém o poder de decisão, a realizar escolhas conscientes, priorizando as ações e distinguindo as formas alternativas de ação. Para ser eficaz, é preciso que seja incorporada em todas as práticas e processos da organização, de maneira sistemática, pertinente, eficiente e eficaz. Além disso, é importante que o processo de gestão de riscos se torne integrante dos processos organizacionais, em conjunto ao planejamento estratégico da instituição (ABNT, 2010).

Gerenciar riscos hospitalares ou qualquer outro relacionado a assistência à saúde está intrinsecamente relacionado ao processo de promoção e educação em saúde. Para tanto, é imprescindível a sensibilização e o envolvimento de todos os atores nesse processo. A instituição deve manter profissionais qualificados, por meio de treinamentos que sensibilizem e estimulem a todos para a importância de gerenciar os riscos e a manter um pensamento crítico diante das situações de rotina no local de trabalho (MILAGRES, 2015).

Assim, o sucesso da gestão de riscos dependerá da eficácia da estrutura gerencial, a qual deverá fornecer os fundamentos e arranjos que permitirão a incorporação da gestão de riscos em toda a empresa, assegurando que o conhecimento sobre riscos proveniente deste processo seja adequadamente reportado e utilizado para a tomada de decisões (ABNT, 2010). O processo de gestão de risco é dividido em etapas, as quais podem ser visualizadas na figura 1.

Figura 1. Processo de gerenciamento de risco



Contudo, o gerenciamento dos riscos é visto como um recurso valioso para a segurança do paciente. Seguindo-se as etapas descritas na figura 01, a gestão de riscos se torna eficaz e, por isso, pode ser considerada como uma estratégia com capacidades para reduzir os riscos de danos desnecessários aos indivíduos (MILAGRES, 2015).

Neste contexto, a gestão de riscos com foco na qualidade e na segurança do paciente, compreende princípios e diretrizes direcionados a criação de uma cultura de segurança que execute os processos de gerenciamento de forma complementar com todos os demais processos de cuidado, de maneira articulada

com a organização de saúde. Sendo fundamental a adoção de melhores evidências, da transparência, da inclusão, da responsabilização, sensibilização e da capacidade de reagir a mudanças (BRASIL, 2013b).

Segurança do paciente

Segundo a OMS, o conceito de Segurança do Paciente refere-se à redução de atos inseguros durante a prestação da assistência a saúde buscando uma prática aprimorada livre de danos desnecessários, conhecidos como eventos adversos, que devem ser reduzidos a um mínimo aceitável diante do conhecimento e contexto referentes ao cuidado de saúde (WHO, 2009).

A temática vem sendo propagada internacionalmente nos ambientes de saúde e entre os gestores e profissionais da área, tanto que em 2004 foi estabelecido a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*), uma iniciativa da OMS com o propósito de definição das prioridades no campo da segurança do paciente, levando a implementação da temática na agenda de pesquisa de campo de vários países do mundo na busca de alcançar rapidamente aperfeiçoamento para a segurança do paciente a nível global (WHO, 2008).

Considerado um grande marco na área de segurança do paciente, foi publicado em 1999 pelo *Institute of Medicine* dos EUA um livro-relatório intitulado: *To Err is Human: Building a Safer Health System* (“Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro”), que ressaltou a ocorrência estimada de 44 a 98 mil óbitos anualmente nos Estados Unidos ligados

a eventos adversos. Dessa forma, tanto a classe médica como organizações americanas e de outros países foram instigadas a mudanças, no que diz respeito à adoção de medidas para redução de eventos adversos, que acarretam custos socioeconômicos importantes, implicando algumas vezes em danos irreversíveis ao indivíduo e família (KOHN et al., 2000; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A literatura apresenta diversos estudos acerca dos eventos adversos advindos da complexidade da produção de cuidados de saúde, a nível internacional observou-se que os eventos adversos como: erros de medicação, quedas do leito, infecções relacionadas à assistência à saúde e outras complicações decorrentes de processos operatórios afetam cerca de 2,9% a 16,6% dos pacientes internados (SILVA; FAVERI; LORENZINI, 2014; MAGALHÃES; DALL'AGNOL; MARCK, 2013). Semelhantemente, um estudo realizado em hospitais no Rio de Janeiro destacou a ocorrência de eventos adversos em 7,6% das internações relacionados a cirurgias e procedimentos clínicos, sendo evitáveis 66,7% desses danos (MENDES et al., 2009; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Mesmo com os grandes avanços nas tecnologias e práticas utilizadas para o campo diagnóstico e terapêutico da saúde, ainda se observa um preocupante cenário de ocorrência de eventos adversos. Em meio a essa problemática, destaca-se como estratégia de melhoria para a segurança do paciente hospitalizado a inclusão nos programas de monitoramento da qualidade dos serviços de saúde ofertados, de indicadores de qualidade e segurança (GOUVÊA, TRAVASSOS, 2010).

Frente a esse contexto, a Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) em parceria com a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente Polo São Paulo (REBRAENSP) elaboraram a cartilha com Dez Passos para a Segurança do Paciente, contemplando os pontos principais de impacto na prática da prestação de cuidados de enfermagem com o propósito de conscientizar a equipe de enfermagem acerca da assistência à saúde e os possíveis erros decorrentes dessa, promovendo uma prática sustentada em princípios e fundamentos que promovam a segurança do paciente, aprimorando os conhecimentos em enfermagem e buscando melhorar a assistência prestada à população (COREN-SP, 2010).

Os dez passos embasados cientificamente a partir de ampla discussão apresentados na cartilha foram: identificação do paciente, cuidado limpo e cuidado seguro (higienização das mãos), cateteres e sondas (conexões corretas), cirurgia segura, sangue e hemocomponentes (administração segura), paciente envolvido com a sua segurança, comunicação efetiva, prevenção de quedas, prevenção de úlcera por pressão, segurança na utilização de tecnologia. Em cada ponto são listados medidas sugeridas e pontos de atenção (COREN-SP, 2010).

Denominados desafios globais na missão de redução de riscos e mitigação de eventos adversos, a OMS priorizou as ações de higienização das mãos no intuito de redução da infecção ligada ao cuidado em saúde, e promoção de cirurgias mais seguras através de um *check list* antes, durante e após o procedimento realizado, o manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas objetiva prevenir e/ou evitar danos por meio da prevenção

de infecções de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica (WHO, 2009; BRASIL, 2011a).

Em relação à legislação vigente no país acerca da Segurança do Paciente, a ANVISA publicou a RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011, dispondo sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde; esta norma define em seu Capítulo I, Seção III, artigo 4º, item XI, a Segurança do Paciente como um conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde. Preconiza que o serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de incorporar uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços (artigo 5º). O artigo 8º refere que os serviços de saúde devem estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente (BRASIL, 2011b).

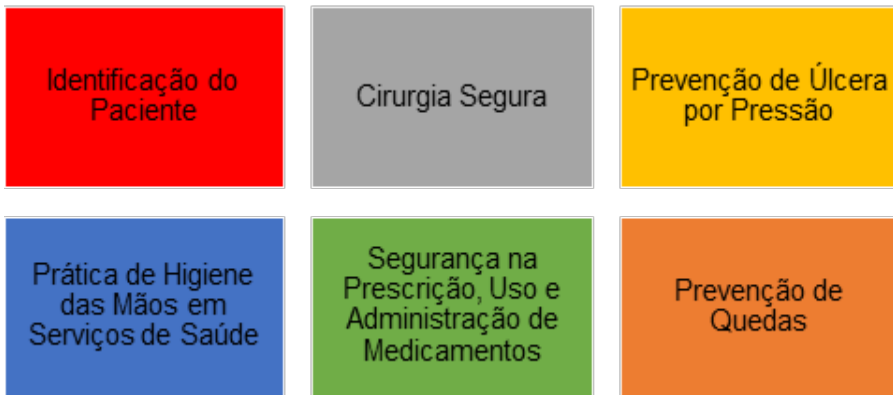
No entanto, somente com a portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que tem o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Suas ações devem articular-se às demais políticas de saúde objetivando integralizar os cuidados prestados pelas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Os eixos do PNSP visam o estímulo a uma prática assistencial segura que enfoca: Os protocolos, Planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, Criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, Sistema de notificação de incidentes, Sistema de notificação de Eventos Adversos no

Brasil; Envolvimento do cidadão na sua segurança, Inclusão do tema segurança do paciente no ensino (incluir o tema segurança do paciente na educação permanente, na pós-graduação e nas graduações da Saúde) e como o último eixo, o Incremento de Pesquisa em Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b).

A portaria nº 1.377 do MS, de 9 de julho de 2013, aprovou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente onde relata no parágrafo único ações que visa instituir para segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional e deve ser utilizado em todas as unidades de saúde do Brasil, são eles os Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das Mãos e Ulcera por Pressão (figura 2) (BRASIL, 2013c).

Figura 2. Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.



Fonte: Ministério da Saúde, 2013c.

A RDC nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, definiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências e tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Esta normativa regulamenta e coloca

pontos básicos para a segurança do paciente como Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da Notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013a).

Para fundamentar os protocolos básicos de segurança do paciente, no dia 24 de setembro de 2013 foi aprovada a Portaria/MS nº 2095, cujo objetivo foi instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional. Esta deve ser utilizado em todas as unidades de saúde do Brasil, podendo ser ajustados a cada realidade os seguintes protocolos: O protocolo de Prevenção de Quedas; de Identificação do Paciente e o de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2013d).

Neste sentido, a ANVISA adota as recomendações da OMS quanto aos cinco momentos para a higienização das mãos: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente e após contato com as áreas próximas ao paciente, como exemplificado na figura 3 (BRASIL, 2007b; OPS, ANVISA, 2008).

Figura 3. Os cinco momentos para higienização das mãos.



Fonte: OPS, ANVISA, 2008.

As práticas seguras podem ser aprimoradas, por meio do fortalecimento da criação de uma cultura de segurança, a fim de que ocorra implementação de melhorias no processo de trabalho da equipe e organizações de saúde, através da comunicação e difusão de conhecimentos e análise das situações que necessitam de intervenção. Para tanto, devem-se envolver nesse processo os profissionais de saúde, gestores e pacientes, ambos desempenham papéis fundamentais na construção de uma cultura que coloca a segurança como prioridade acima de metas financeiras e operacionais (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013; BRASIL, 2013b).

Plano de Segurança do Paciente

A instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente, através da Portaria MS nº 529/2013, representa um divisor na história da atenção à saúde e qualificação da assistência (BRASIL, 2013b). A partir desta data, é publicada a

RDC nº 36 de 2013, a qual estabelece a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente, em todos os serviços de saúde, este fica responsável, dentre outras atividades, pela confecção do Plano de Segurança do Paciente, que deve conter as estratégias para a gestão de risco de cada estabelecimento de saúde (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA, 2015; BRASIL, 2013a).

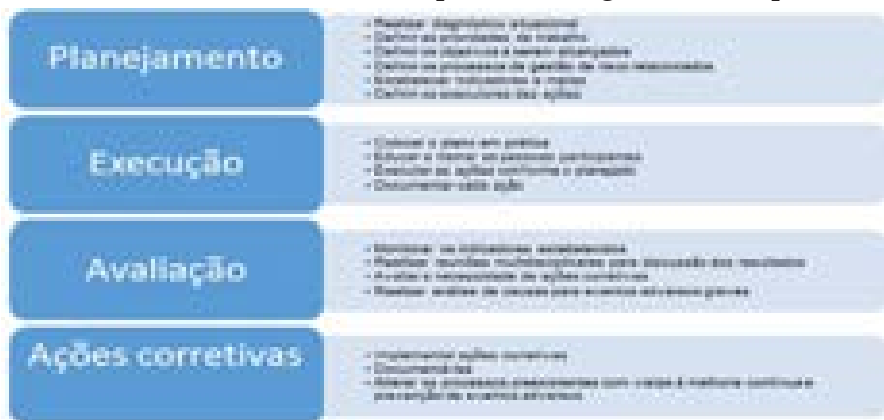
O núcleo de segurança do paciente se apresenta como uma estrutura de liderança, à qual cabe identificar, analisar, avaliar e reduzir os riscos encontrados na instituição. Enquanto ferramenta indispensável ao trabalho do núcleo tem-se o plano de segurança, construído com base na realidade local do serviço de saúde como um todo e, se possível, de cada setor (BRASIL, 2015).

A relevância do plano de segurança do paciente vai além das exigências legais, devendo direcionar as ações da instituição de saúde para a prevenção e minimização de acidentes e eventos adversos, frente à segurança do paciente, desde a admissão, até a conclusão do tratamento, alta, óbito e transferência (BRASIL, 2014; MENDES et al., 2009).

Para tanto, deve ser construído um plano institucional, contemplando o que se almeja para o serviço de saúde e todos os setores que o compõem, o tempo e os atores responsáveis pelas ações. Salienta-se a importância de que cada setor tenha seu próprio plano complementar, o qual deve estar em consonância com o plano institucional. Assim, facilita-se o detalhamento das estratégias e ações, bem como, o acompanhamento dos resultados obtidos. Este deve ainda ser apresentado e discutido com os demais setores, a fim de compartilhar as experiências positivas e negativas de cada ambiente, possibilitando o

aprendizado conjunto. Vale ressaltar que o Plano de Segurança do Paciente requer avaliação contínua, não se caracterizando por um documento estático. A figura 4 ilustra a proposta de um ciclo com etapas a serem seguidas para a construção de um plano de segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Figura 4. Proposta de roteiro para elaboração, execução, avaliação e monitoramento do plano de segurança do paciente



Fonte: BRASIL, 2014 (Adaptado de Ministério da Educação/ EBSERH).

A RDC nº 36/2013, estabelece os seguintes pontos a serem seguidos pelo Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013a):

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV- identificação do paciente;

V- higiene das mãos;

VI- segurança cirúrgica;

VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses, quando este procedimento for realizado;

XI - prevenção de quedas dos pacientes;

XII - prevenção de úlceras por pressão;

XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada;

XVII - promoção do ambiente seguro.

Diante dessas recomendações, o plano de segurança do paciente permite que sejam estabelecidas as metas e ações de cada serviço de saúde, disseminando a cultura de segurança. Todavia, o desafio consiste em estar voltado a ambientes complexos, compostos por uma grande diversidade de profissionais, com culturas e conhecimentos diferentes. Para tanto, o foco no paciente deve consistir no ponto de partida para todas as ações e metas e a interação e participação dos diferentes profissionais na construção e avaliação constante do plano são imprescindíveis para que haja um real comprometimento.

Assim, o relato dos incidentes e eventos adversos ocorridos torna-se oportunidade de aprendizado (BRASIL, 2014).

Sob este enfoque, envolver os profissionais e investir na formação e no treinamento dos mesmos, além de estabelecer padrões (ex. normas e protocolos) para a realização das atividades faz-se necessário para que o plano seja eficiente. Os pacientes/clientes também são atores desse processo, podendo ter papel ativo enquanto fonte de informações importantes sobre as situações de risco e possíveis eventos adversos, assim como na prevenção de erros e cuidado sobre sua própria segurança (BRASIL, 2014).

Outra estratégia que deve partir do estabelecimento de saúde consiste em ter um plano de comunicação institucional, pautado por estratégias de marketing interno, voltado para a segurança do paciente; algo importante para o comprometimento dos atores envolvidos com a qualidade e segurança das ações desempenhadas durante todo o processo. Estas estratégias, para serem efetivas, devem pautar-se na motivação e valorização profissional (BRASIL, 2014).

Considerações finais

A gestão de risco e a segurança do paciente nos hospitais são temáticas emergentes em pesquisas a nível nacional e internacional e de grande repercussão sobre a qualidade da assistência oferecida aos indivíduos. Sobre este aspecto, a literatura trata que eventos adversos podem ocorrer decorrentes da prestação de serviços de saúde, no entanto, medidas preventivas eficazes podem ser adotadas para a redução desses

danos, e, conseqüente, refletir em melhorias nas práticas de saúde e diminuição da morbimortalidade de indivíduos expostos a esses riscos, maximizando o bem-estar do paciente e elevando a qualidade do cuidado de saúde.

Um fato histórico a ser ressaltado acerca do tema diz respeito ao pioneirismo de *Florence Nightingale* e seu empenho no cuidado os soldados advindos da guerra, onde medidas simples de higiene e separação de enfermos levaram a redução da mortalidade e melhorias nas condições sanitárias dos hospitais da época.

Com o passar do tempo, o conhecimento foi sendo aprimorado, e, atualmente, há um vasto conteúdo acerca de legislações e documentos chaves na área de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente, portanto, é fundamental difundir os conhecimentos, com vistas a promoção de uma cultura de segurança transversal e multiprofissional, em que os riscos são identificados para traçar metas com melhorias no desenvolvimento de práticas seguras em saúde.

Neste contexto, destaca-se a relevância do plano de segurança do paciente para o planejamento e efetivação desta cultura de segurança, o qual deve partir da realidade e necessidades de cada serviço de saúde. No âmbito hospitalar não é diferente, os documentos, sugerem que o mesmo seja construído para cada setor e envolva diversos atores participantes direta ou indiretamente do processo assistencial, de modo que sua execução se torna uma responsabilidade de cada um deles.

O envolvimento de gestores, profissionais e pacientes, bem como, o uso de ferramentas de comunicação e liderança no

trabalho são fundamentais para a criação e avaliação de ações e programas que implementem estratégias de gerenciamento de riscos voltadas para a segurança do paciente.

Exercícios de revisão

1. O que é gestão de risco e segurança do paciente?
2. Cite os eixos do Programa Nacional de Segurança do Paciente.
3. Quais os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente?
4. Quais os elementos necessários para a implementação de um plano de segurança do paciente no seu local de trabalho?
5. Todos os itens a seguir fazem parte da cartilha sobre os Dez Passos para a Segurança do Paciente, exceto:
 - a) Identificação do paciente
 - b) Incidência de flebite
 - c) Segurança na utilização de tecnologia
 - d) Prevenção de quedas
 - e) Comunicação efetiva

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). ABNT NBR ISO 31000. Gestão de riscos - Princípios e diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº. 2.400 de 02 outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino, 2007a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/>

saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html. Acesso 10 Ago. 2016.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2007b. 52p.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010. Gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html. Acesso 10 Ago. 2016.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/11-boletim-informativo-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude> . Acesso 10 Ago. 2016.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, 2011b. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>. Acesso 10 Ago. 2016.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso 10 Ago. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/>

saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso 10 Ago. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Protocolos de Segurança do Paciente, 2013c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso 10 Ago. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, 2013d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso 10 Ago. 2016.

BRASIL, Ministério da Educação, EBSEH. Diretriz para implantação dos núcleos e planos de segurança do paciente nas filiais da EBSEH, 2014.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano integrado para a vigilância sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, 2015.

CAPUCHO, H. C.; BRANQUINHO, S.; REIS L. V. Cartilha de Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO (COREN-SP). 10 Passos para a Segurança do Paciente. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). Polo São Paulo, 2010.

GOUVÊA, C.S.D.D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1061-1078, 2010.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA. Plano de segurança do paciente do hospital materno infantil de Brasília. Brasília, 2015. 14p.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.C. Committee on Quality of Health Care; Institute of Medicine. To Err is Human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press, 2000.

MAGALHÃES, A.M.M., DALL'AGNOL, C.M.; MARCK, P.B. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente: estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. Rev Latino-Am Enfermagem, v. 21, n.1, p.146-154, 2013.

MENDES, W et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care, v. 21, p. 279-84, 2009.

MILAGRES, L.M. Gestão de Risco para Segurança do Paciente: o enfermeiro a notificação dos eventos adversos. [Dissertação] Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS), AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. OMS, 2008.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

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

SILVA, E.F.; FAVERI, F.; LORENZINI, E. Errores de medicación en el ejercicio de la enfermaría: la revisión integrativa. *Enfermería Global*, v. 13, n. 34, p. 330-337, 2014.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY (WAPS). Final Technical Report for The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v.1.1. 2009; 149 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Genebra, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra, 2009.

Stella Costa Valdevino
Francisca Samara Ferreira das Neves
Mayra do Nascimento Melo
Neyce de Matos Nascimento
Teresa Cristina Rosa Romero Navarine

Introdução

A assistência à saúde vem passando por reformulações quanto à garantia da segurança e qualidade nos cuidados prestados aos pacientes e estendendo-se aos seus familiares e profissionais. Devido à assistência se desenvolver em um sistema complexo, suas características podem predispor à agravos. Neste sentido, faz-se necessário a avaliação contínua e efetiva da assistência prestada nas instituições de saúde para possibilitar a identificação dos potenciais riscos e prevenir os eventos adversos (EAs).

Conceitualmente, risco é a combinação da probabilidade da ocorrência de um dano e a gravidade causada por este dano. E o Gerenciamento de Riscos, por sua vez, trata da tomada de decisões relativas aos riscos, são as ações utilizadas para a redução das consequências ou probabilidade da ocorrência dos agravos (BRASIL, 2010).

No entanto, o Gerenciamento de Riscos em Saúde é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013).

O gerenciamento de risco produz indicadores que contribui com a qualidade do serviço, demonstrando sua evolução ao longo do tempo possibilitando verificar o desempenho das funções, processos e resultados da instituição, permitindo aos gestores tratar com eficiência as incertezas, bem como os riscos e as oportunidades a elas associadas, a fim de melhorar a capacidade de gerar valor (LIMA; BARBOSA, 2015).

No sentido de minimizar os riscos potenciais e os eventos adversos (EAs) é necessário conhecer as fontes de danos no ambiente hospitalar e quando um evento adverso ocorre a organização sofre consideravelmente todas as consequências sociais, econômicas ou materiais, sendo a mais grave delas a perda da vida humana.

É importante ressaltar que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui papel decisivo na chance de sobrevivência do paciente e com excelentes resultados terapêuticos, com cuidados e tratamentos cada vez mais especializados e a realidade aponta para uma cultura de segurança ao paciente com engajamento de todos os profissionais sendo seu objetivo manter uma estrutura capaz de fornecer suporte para pacientes críticos, sejam eles vítimas de trauma ou de qualquer outro tipo de ameaça vital (FARACO, 2013).

Sabe-se que a demanda de trabalho de enfermagem na UTI tem sido relevante quando se busca aliar qualidade e segurança da assistência. As metas são alcançadas a partir do uso constante de equipamentos de alta tecnologia, destinados ao diagnóstico e tratamento do paciente crítico, com profissionais capacitados e uma gestão que garanta a qualidade da assistência. Além disso, a UTI é um ambiente decisivo para

o paciente, e requer uma assistência contínua e integral, de uma equipe multiprofissional qualificada e de uma gestão de excelência, a fim de se obter a redução da morbimortalidade, além da recuperação e conservação do estado biopsicossocial. A proteção ao acidente é impulsionada também pela exigência da sociedade cada vez mais presente (BECCARIA et al., 2009).

A UTI dispõe de um número de profissionais da enfermagem significativo, médicos e fisioterapeutas preconizados, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 07/2010. Posteriormente, a RDC nº 26/2012, altera a Resolução RDC nº. 07/2010, determinando no mínimo 01 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração e no mínimo 01 (um) técnico de enfermagem para cada 02 (dois) leitos em cada turno. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 527/2016, estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro de enfermagem nos serviços que são realizadas atividades de enfermagem, respaldadas pela Lei nº 5.905/ 73, pelo Regimento da Autarquia aprovada pela Resolução nº 421/2012 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012; COFEN, 2016).

Beccaria et al. (2009) afirmam que fazer frente a essa complexidade identificada na UTI, considera à coordenação das atividades e de sistemas administrativos, através da adoção de boas práticas voltadas ao gerenciamento de riscos, constante nas normativas de organização e funcionamento de serviço, inserindo assim, a cultura de segurança como o produto de valores, atitudes, de competências e padrões de comportamento, determinando o compromisso de uma organização segura e de

qualidade na prevenção dos perigos, difundindo a importância de detectá-los.

Diante o exposto, percebe-se a necessidade em aprofundar o tema de gestão de risco em UTI, devido à complexidade do paciente, das atribuições específicas dos profissionais e da alta tecnológicas inserida em um contexto que exige a criação da cultura de segurança.

Organização da UTI e gerenciamento do serviço

O objetivo de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a recuperação do paciente em tempo hábil, através de um ambiente físico e psicológico adequados, onde cada membro da equipe multiprofissional deve desempenhar harmonicamente as suas funções de forma integrada e responsável com seus conhecimentos, experiências e habilidades. A formação de uma equipe multiprofissional é baseada nas necessidades do paciente e nos objetivos da unidade. A UTI é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional contínua e especializada, nela dispõe materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, a monitorização e a terapia que deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual (BRASIL 2010).

O órgão acrescenta que a direção do hospital, onde a UTI está inserida deve garantir recursos humanos necessários conforme, legislação vigente e materiais para o funcionamento da unidade, garantindo continuidade da atenção, em conformidade com as disposições da RDC preconizada, para

essa finalidade possibilitando segurança e a proteção de pacientes, profissionais e visitantes são imprescindíveis para o funcionamento da UTI.

Ferreira (2011) aborda que o gerenciamento para garantir um serviço de qualidade ocorre ao longo da trajetória histórica da saúde e da enfermagem moderna. Desde sua fundação no século XIX como profissão, a enfermagem se volta a cuidar do outro e mostra o investimento que vem sendo empreendido, paulatina e sistematicamente, na construção de uma prática científica fundamentada em vista da constituição de um campo de ciência própria e apropriada à abordagem de pessoas que necessitam de conforto, bem-estar, atenção, alívio do sofrimento e de cuidado.

O profissional de enfermagem deve garantir à sociedade um cuidado livre de riscos e danos, decorrentes de imperícia, negligência e imprudência, como também por parte de qualquer membro da equipe de saúde; e é o que o Conselho de Enfermagem busca através da fiscalização do exercício profissional (COFEN, 2007).

A UTI possui um cuidado cientificamente fundamentado, justificado e alicerçado pelas Teorias de Enfermagem sistematizado, conforme a Resolução COFEN nº 358/09 norteado por princípios éticos e regulamentado através da Lei nº 7.498/86, cujo exercício profissional seja centrado no dever e o profissional permaneça pautado no valor da vida humana (BRASIL, 1986; COFEN, 2009).

Nesse sentido, a segurança do paciente e dos trabalhadores da saúde é uma das prioridades dos serviços e compreende um conjunto de iniciativas para instituir sistemas

e processos operacionais com o objetivo de evitar, prevenir e reduzir eventos adversos que possam ocorrer em situações assistenciais.

Os fatores que aumentam o potencial para a causa dos efeitos adversos na assistência são múltiplos; ineficiência no dimensionamento do pessoal de enfermagem; alta complexidade tecnológica no cuidado e a pressão elevada para reduzir custos e aumentar resultados obtidos.

Desta forma, o Ministério da Saúde em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, baseado no programa criado em 2004 pela Organização Mundial de Saúde, *Patient Safety Program* tem empreendido esforços na tentativa de garantir a população assistência à saúde segura e de qualidade, através de ações educativas e reflexivas voltadas a todos os profissionais de saúde como forma de mitigar a incidência de eventos adversos; objetivando a criação de padrões de qualidade em saúde (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde instituiu o Programa de Segurança do Paciente, conforme a Portaria MS/GM nº 529/2013, que estimula a prática assistencial segura, com a adoção da cultura de segurança, na qual todos os trabalhadores, incluindo os profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança dos profissionais, dos pacientes e familiares (BRASIL, 2013).

A RDC nº 07 apresenta em seu Art. 2º padrões mínimos para o funcionamento das unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, dos visitantes, profissionais e meio ambiente com vistas a atender, com segurança, os

pacientes que necessitam de cuidados especializados (BRASIL, 2010).

Os padrões mínimos para funcionamento das UTI's estão relacionados à disposições que irão nortear o processo de organização, infraestrutura física, recursos humanos, assistenciais e materiais, processo de trabalho e orientações para prevenção e controle de infecções relacionadas a assistência à saúde para o funcionamento das UTI's, compreendendo que tais padrões poderão e deverão ser adequados as devidas realidades para promoção de uma assistência de qualidade (BRASIL, 2013).

Corroborando e estimulando boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisas, diante o paciente crítico que necessita receber cuidado competente e seguro, oriundo de uma equipe de saúde qualitativamente capacitada para atender suas demandas (BRASIL, 2013).

A avaliação do processo de cuidar em enfermagem, objetiva oferecer aos pacientes um cuidado isento de complicações decorrentes de uma assistência com eventos adversos em seus processos, visando maior segurança e minimização de erros. Desenvolve se então, a preocupação em estabelecer e conscientizar sobre a aplicação de boas práticas de cuidado, que sejam um norteador a equipe de enfermagem sobre como realizar ações de cuidado assistencial com risco próximo de zero para ocorrência de eventos adversos.

As boas práticas exercidas pelos enfermeiros que atuam nas UTI's devem observar itens relacionados à realização de ações nos três turnos para a prevenção de úlceras por pressão, como mudanças de decúbito, as quais estão relacionadas a higiene e conforto; considerando o controle de infecção é importante a monitoração sobre as trocas dos circuitos de ventiladores, assim como, dos equipos utilizados na bomba de infusão, outro item de grande relevância neste processo de cuidado é a prevenção de quedas, cabendo a equipe a observação contínua sobre a manutenção das camas e a viabilidade de deambulação dos pacientes neste setor (BARBOSA et al., 2014).

Um outro item de relevância sobre boas práticas deve estar na atenção adequada sobre a administração de medicamentos, devendo este processo ser organizado desde o momento da prescrição, passando pela dispensação adequada da farmácia e a valorização da existência de uma boa comunicação entre o médico e a equipe de enfermagem, a qual irá administrar os medicamentos, para que ocorra a isenção do risco de administração de fármacos de forma errada (BARBOSA et al., 2014)

Conhecimento dos fatores de risco em UTI

Em todos os países do mundo se observa uma preocupação cada vez mais crescente em relação à qualidade na assistência à saúde. Procura-se oferecer aos indivíduos serviços de saúde que alcancem com maior probabilidade os resultados desejados, relativos ao conhecimento profissional atual (WHO, 2008). Um dos maiores desafios existentes hodiernamente para os prestadores de assistência à saúde e também para os

gestores do que denominamos qualidade da assistência é o gerenciamento dos indicadores de qualidade e fatores de risco para a segurança do paciente (OMS, 2011).

A segurança do paciente é defendida pela OMS como um assunto ao qual deve ser reservada uma importante atenção, principalmente em unidades hospitalares, onde o paciente está para receber cuidados realizados por profissionais de saúde, que auxiliem na sua recuperação. Porém, em virtude de situações adversas provenientes dos cuidados prestados, estes pacientes, podem sofrer algum dano a sua saúde.

Considerando a importância da temática segurança do paciente nos serviços de saúde, os Estados Membros da Organização Mundial de Saúde, através de Resolução aprovada na 57ª Assembleia Mundial de Saúde, visando criar uma cultura de segurança, que envolve a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco, a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde, melhores evidências disponíveis, transparência, inclusão, responsabilização e capacidade de reagir a mudanças (BRASIL, 2013).

Através da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, a OMS teve que mobilizar esforços globais para prover maior segurança na execução de cuidados de saúde ao paciente, buscando com isso evitar a ocorrência de incidentes ou eventos adversos (BRASIL, 2014).

Os incidentes são eventos ou situações que podem provocar ou provocam injúrias ou danos não intencionais ao paciente, decorrente do cuidado à saúde, podendo ser classificados como incidentes sem danos ou com danos, sendo

este último denominado de Eventos Adversos (MENDES et al, 2013).

Vlayen et al (2012) mencionam que o dano resulta para o paciente um prejuízo para a estrutura ou funções do corpo, podendo causar efeito deletério nos aspectos físicos, psíquicos e sociais. Embora tais danos possam ocorrer em qualquer setor que preste assistência ao paciente em uma estrutura hospitalar, todavia observa-se maior vulnerabilidade nos pacientes internos nas UTI's.

O trabalho de enfermagem na UTI é descrito como estressante, ocasionando desgaste, cansaço físico e emocional, sobrecarga em relação à jornada de trabalho e ao ambiente. A segurança do paciente está relacionada às modificações em relação ao processo de trabalho onde o profissional tem como objetivo organizar o trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidados aos pacientes (BARBOSA et al., 2014).

Novaretti, et al. (2014) corroboram com o mesmo pensamento, que a vulnerabilidade nas UTI's estão associadas a alguns aspectos, dos quais a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem, um fator importante para a possibilidade de ocorrência aos eventos adversos, contudo destaca em sua análise que outros aspectos são fundamentais para facilitar a ocorrência de erros nesses locais, tais como: complexidade do quadro clínico do paciente, necessidade urgente de decisões de alto risco, informações incompletas sobre a saúde dos pacientes atendidos, variabilidade de capacitação dos profissionais de saúde e de enfermagem que atuam neste setor, maior frequência de procedimentos diagnósticos

e terapêuticos se comparada a outros setores do hospital, utilização de um arsenal medicamentoso mais complexo em função da maior gravidade do caso.

Beccaria, et al. (2009) apresentam como facilitadores, a ocorrência dos eventos adversos, o avanço tecnológico com incompatibilidade do aperfeiçoamento pessoal necessário, distanciamento das ações próprias de cada profissional, desmotivação, ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço, tudo isso associado ao fator gravidade, que caracterizam grande parte dos pacientes que neste ambiente de cuidados intensivos estão presentes.

Estudos revelaram que a frequência de EAs nos pacientes hospitalizados segue uma média de 10 a 60%, enquanto os incidentes sem danos podem alcançar uma estimativa próxima de 60% das internações. Nas UTI's, o número aproximado de incidentes com danos, os chamados EAs, ficam em torno de 20%, sendo destacados nos mesmos estudos que 40 a 45% poderiam ser evitáveis (DAUD-GALLOTTI et al, 2006; FORESTR, 2008).

Estudo realizado em Boston nos Estados Unidos, pela Faculdade de Medicina de Havard, identificou que um número superior a 20% dos pacientes admitidos na UTI sofreu algum tipo de evento adverso. No Brasil, estudos sobre EAs ainda são incipientes, observou-se a ocorrência de 550 eventos adversos no período de dez meses em uma UTI, ganhou destaque os seguintes EAs: falha na administração de medicamentos, monitoramentos das bombas de infusão, manuseio inadequado dos materiais e artefatos terapêuticos e diagnósticos e falhas nas

anotações de enfermagem (ORLOVSKY, 2005 *apud* BECCARIA et al, 2009).

Outros eventos adversos incidentes nos pacientes da UTI foram o desenvolvimento de úlcera por pressão, perda da sonda gastroenteral, perda de cateter venoso central e extubação acidental (LIMA; BARBOSA, 2015).

Merece destaque a subnotificação dos EAs pelos profissionais de saúde, tal problemática é resultante da existência da cultura do medo de sofrer punição por revelar o seu erro, perdendo com isso a oportunidade de identificar as fragilidades existentes, e a partir desta condição criar possibilidades de trabalhar os processos de trabalho no cuidado, visando assim prevenir novas ocorrências.

É importante ter um olhar diferenciado para os profissionais que durante parte de sua vida estão dedicando tempo ao cuidado de outras vidas, pois estes podem cometer eventos adversos, devido as mais variadas situações em que estão expostas ao longo desse contexto em setores como a UTI, mas podem ser vítimas destes eventos adversos, desencadeando estresse e *Síndrome de Bournout*, como resultado de uma condição inadequada de trabalho que irá resultar muitas vezes em uma atuação profissional fora das expectativas (REA-NETO et al., 2010).

Gerenciamento de risco em UTI

A preocupação com o gerenciamento de qualidade na assistência em saúde e em enfermagem é um problema detectado desde o final da década de 90, momento em que o

aumento do número de agravos por profissionais da saúde e a divulgação dos eventos adversos despertaram a atenção dos governos e políticas públicas para o tema (CORREA, 2009).

A publicação de um artigo pela *British Medical Journal* no ano de 2000 sobre a redução dos erros e a melhoria da segurança na assistência, gerou uma preocupação ainda maior sobre a qualidade da assistência prestada nas instituições de saúde. O artigo divulgou na época que um milhão de danos e aproximadamente 100 mil mortes ocorridas anualmente nos Estados Unidos foram ocasionadas por eventos adversos e que um em cada dez pacientes atendidos em um hospital sofria com alguma falha durante sua internação, entre as mais comuns estão quedas, administração incorreta de medicamentos, manuseio incorreto de equipamentos e falhas na identificação do paciente (MENDES, 2005).

Frente a esses diagnósticos que trouxeram repercussões mundiais, em 2004, a ANVISA cria a rede Nacional de Investigação de surtos e eventos adversos em saúde, visando intervenções rápidas para as situações de risco no Brasil e em meio a essa necessidade de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, surge o gerenciamento de risco, com uma aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos, para a garantia da segurança, da saúde humana, da integridade profissional, do meio ambiente e da imagem institucional (BRASIL, 2014).

A gestão de risco é uma tarefa diária, complexa e árdua e para que o processo ocorra de modo efetivo, deve-se estabelecer um ciclo contínuo com as seguintes etapas: diagnóstico,

planejamento, implementação, avaliação dos resultados e as ações para as correções (FARACO, 2013).

Leão et al. (2008) afirmam que a abordagem na notificação, a análise e a adoção de medidas relativas às falhas no processo de gestão de riscos constituem um ponto crítico, já que seus determinantes, muitas vezes, estão atrelados às ações ou omissões de pessoas, além do que, envolve organização de trabalho e comportamento humano. Nesse sentido, cabe ao gestor ter uma visão aprofundada sobre essa nova política e investir na sensibilização dos profissionais para que estes entendam as falhas na assistência não como pessoais, mas como fenômeno coletivo, no qual o rompimento da continuidade do processo ocasionou a sequência para a ocorrência dos erros.

Além da cultura de pensamento dos profissionais envolvidos, se faz necessário enfatizar o trabalho em equipe, bem como a orientação acerca dos novos conceitos para a notificação dos eventos, com esse intuito é que a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS traz alguns conceitos-chaves relativos aos erros na assistência, sendo classificados em: dano (comprometimento da estrutura ou função do corpo), incidente (evento que poderia ter resultado em dano), circunstância notificável (incidente com potencial dano ou lesão), *near miss* (incidente que não atingiu o paciente), incidente sem lesão (incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano) e evento adverso (incidente que resulta em dano ao paciente) (BRASIL, 2014).

É válido ressaltar que os profissionais de saúde ao exercerem seus papéis se comprometem restabelecer e preservar a vida dos indivíduos, obviamente os eventos não

são intencionais, trazendo consequências éticas e psicológicas para o profissional, que exerce a enfermagem, uma vez que o próprio código de ética da profissão institui que é dever de todo profissional de enfermagem assegurar à pessoa, família e coletividade uma assistência livre de danos correntes de imperícia, imprudência e negligência (BRASIL,1986).

O enfermeiro através da sistematização da assistência, avalia, planeja e executa, mas raramente mede resultados concretos e objetivos de seu processo de trabalho. A aplicação de indicadores restritos ao trabalho da enfermagem permite visualizar uma nova tendência dessa prática, no entanto, é um recurso pouco utilizado (COFEN, 2009).

Quando refletimos sobre a assistência prestada em Unidades de Terapia Intensiva, conjecturamos que o risco assistencial é inerente à prática, tendo em vista a complexidade da assistência, as interações de processos, tecnologias e relações humanas (FARACO, 2013).

Os EAs aumentam a permanência do paciente na UTI, elevam os custos de internação, agravos à saúde devido a longa permanência e reduzem a quantidade de vagas disponíveis para outros pacientes que necessitam do mesmo tipo de assistência.

Neste contexto, a OMS e os estados membros definiram um programa com as principais áreas de ações em segurança do paciente, em especial para o paciente grave, destacam-se nesse cenário a pesquisa para a segurança do paciente, a classificação internacional, relatos e aprendizados, soluções, tecnologia, gerenciamento do conhecimento, eliminação de infecções da corrente sanguínea, educação para o cuidado mais seguro,

checklists para a área da saúde e prêmio da segurança (OMS, 2011).

Garantir a segurança dos pacientes críticos tem sido um desafio para os profissionais que atuam em UTI, estes são submetidos a inúmeros procedimentos ao longo da internação, em algumas dessas atividades pode ocorrer eventos adversos, com potencial para causar danos. Em virtude dessa condição, as instituições hospitalares precisam incorporar uma política de gerenciamento de risco baseado na cultura de segurança através de um foco educativo, estabelecendo barreiras preventivas em todas as etapas dos processos estratégicos e identificar oportunidades para a qualidade na assistência (BARBOSA et al., 2014)

Para Faraco (2013), o nível de qualidade e de satisfação é influenciado pelo conhecimento técnico-científico dos profissionais, atendimento fornecido, acesso e gerenciamento dos serviços. Nos últimos anos, houve um aumento considerável de anotações com a cultura de segurança aos pacientes, face ao desenvolvimento tecnológico acentuado e com o crescente e potencial nível de intervenção.

Neste sentido, não abstraído a especificidade e especialidade das UTI, percebe-se que os indicadores são instrumentos indispensáveis para a segurança do paciente consequente a dos profissionais, e que podem contribuir grandemente no desenvolvimento do processo de trabalho de enfermagem, um fazer seguro, com redução de riscos. Não somente deve estar claro e destacado sua estratégia de ação e metodologia de aplicação, mas também o indicador deve ser

pacientemente analisado e corretamente discutido, diante das variáveis do contexto.

Considerando o princípio de que para implantação e consolidação do cuidado, é necessário a aplicação de um modelo assistencial de segurança. Pode-se afirmar que, o propósito implícito por essa forma de atuar favorece o compartilhar do resultado da assistência de enfermagem, de forma responsável e comprometida, não só com o paciente, mas com sua família, comunidade e todos profissionais inseridos no cuidar.

Nessa abordagem, é notório que a utilização de uma cultura de segurança voltada ao gerenciamento de risco nas unidades de terapia precisa favorecer a melhoria da qualidade da assistência, as quais deverão permitir planejar, organizar, direcionar e avaliar o processo do cuidar, cabendo aos profissionais de saúde, atuar com responsabilidade ética e com base em evidências científicas, diminuindo os riscos e potencializando as melhorias em sua prática.

Considerações finais

Nos últimos anos têm sido uma constante a preocupação das instituições de saúde com a segurança do paciente, especialmente pelos avanços tecnológicos e os seus possíveis riscos. Nesse âmbito, a segurança do paciente, por meio do gerenciamento de riscos, tem recebido destaque e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que apresenta uma atenção diferenciada referente à segurança do paciente, pois envolve o cuidado aos pacientes críticos e requerem recursos humanos qualificados, equipamentos e processos de trabalho de alta complexidade,

pelo número elevado de procedimentos a que os pacientes são submetidos, perfazendo este ambiente, favorável a ocorrência de EAs.

O gerenciamento de risco propõe implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos, aos danos decorrentes da assistência à saúde e o enfermeiro e sua equipe de enfermagem, por permanecer ininterruptamente na unidade de internação e em contato direto com o paciente, ele é um dos principais profissionais engajados no gerenciamento de risco.

Para que ocorra a segurança do paciente na UTI, a qualidade passa a ser uma característica primordial ao atendimento como forma de garantir o melhor resultado frente às intervenções necessárias e a certificação de Acreditação incentiva a qualidade da assistência oferecida aos pacientes, de maneira que a instituição acreditada deve encontrar-se de acordo com os padrões exigidos, pelos órgãos competentes minimizando os eventos adversos (EAs) e possíveis riscos de erros que ocasionem prejuízos aos pacientes. Neste contexto, observa-se que a qualidade dos serviços de saúde apresenta-se diretamente ligada à segurança oferecida ao paciente.

Na maioria das instituições de saúde ainda não há a cultura de se procurar a falha no processo, e na organização. Dessa forma, deve-se rever e reestruturar os possíveis planos de ação que possam impedir novos riscos e/ou eventos adversos. Para que possa prevenir riscos, é necessário identificar e analisar a origem do evento para que ações preventivas possam ser sistematizadas de forma proativa e não somente quando ocorrem. Estabelecer uma sistemática de gerenciamento de riscos na instituição poderá ser um caminho para buscar um

melhor controle e monitoramento de processos. Uma cultura de qualidade é necessária como uma política institucional em todas as fases do cuidado do paciente segundo as diversas equipes.

Conhecer o potencial de risco presente nos processos, assim como, os possíveis impactos no cuidado ao paciente, é fundamental para que a instituição adote ações para agir preventivamente. Identificando os eventos adversos e pontos de fragilidade nos processos e/ou estrutura organizacional não implica necessariamente em má qualidade do cuidado ou irresponsabilidade dos profissionais, mas no respeito e compromisso verdadeiro da instituição com a segurança.

Neste sentido, garantir a segurança do paciente e consequentemente de toda a equipe, requer adoção da cultura de segurança que impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança proativa, que potencializa o entendimento, explicitam os benefícios assegurado, sem tomar medidas punitivas frente à ocorrência de erros.

Acrescenta-se, que tais preocupações a devida participação e interesse por parte dos gestores, pois cabe a estes uma parcela importante no desenvolvimento de atividades que produzam nos profissionais de saúde uma sensibilização, atividades estas que priorizem a educação permanente e a realização de processos de trabalhos adequados para se alcançar o número inexistentes de situações de eventos adversos, pois além da conscientização dos profissionais deve haver também o investimento nos recursos ligados ao processo de trabalho humano e organizacional.

Faz necessário garantir a formação acadêmica nas práticas de saúde e da enfermagem voltadas à cultura de segurança. Esforços contínuos devem ser priorizados na prática, através de novas metodologias ativas no ensino, bem como novas pesquisas referentes ao tema.

Além disso, devem-se direcionar algumas reflexões acerca do gerenciamento de risco buscando elucidar futuras orientações educacionais aos profissionais envolvidos com o cuidado: Atualmente há construção de uma cultura de segurança que permite às organizações e seus profissionais disporem de dados e ferramentas para trabalhar em prol da melhoria da assistência à saúde? Entre os gestores existem uma preocupação em trabalhar a temática gestão de risco? Um serviço de saúde pode ser considerado de qualidade se os riscos de dano ao paciente não estiverem reduzidos e controlados? A equipe de saúde procura desenvolver planos de melhoria para a cultura de segurança baseado em temas estipulados pela Anvisa?

Exercícios

- Defina o que caracteriza um evento adverso relacionado à assistência de saúde ao paciente.
- Quanto à ocorrência de agravos em ambientes de saúde, a probabilidade de ocorrê-los é iminente, comente sobre como gerenciar os riscos.
- Comente como a implantação da cultura de segurança potencializa melhorias na prática assistencial na Terapia Intensiva.

- Quais são as boas práticas para a segurança do paciente na UTI:
- Identifique que fatores favorecem a ocorrência de eventos adversos na UTI e como esses fatores podem ser modificados:
- No gerenciamento de risco como ocorre o processo de investigação dos incidentes causados aos pacientes na UTI?
- Desenvolva um plano de ação para o processo de sensibilização dos profissionais que atuam na UTI sobre as boas práticas para se evitar eventos adversos:

Referências

BARBOSA et al., T. P. Práticas Assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enfer., 2014. Acesso em; 15 de outubro de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0243.pdf>.

BECCARIA, L.M., et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 21, nº. 3, p. 276-82. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000300007. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2014.

BRASIL. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras**

providências. Brasília. Disponível em: <http://portalcofen.gov.br/sistenovo/mode/416>. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada. RDC nº 26, de 11 de maio de 2012.** Brasília. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_23335845_RESOLUCAO_RDC_N_26_DE_11_DE_MAIO_DE_2012.aspx. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.** Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 07 de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.htm. Acesso em: 15 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 25 de agosto de 2016.

CANTILLO, E.V. **Seguridad de los pacientes:** un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), v. 23, n. 1, p. 112-119, 2007.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 527/2016.** Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de

enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html . Acesso em: 22 de novembro de 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007.** Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://portalcofen.gov.br/sistenovo/mode/416>. Acesso em 11 de agosto de 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <http://portalcofen.gov.br/sistenovo/mode/416>. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

CORRÊA, L.R.C. **Os hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde Brasileiro e a Segurança do paciente.** (Dissertação Mestrado). São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2009.

DAUD-GALLOTI, R. et al. Adverse events in patients with community-acquired pneumonia at an academic tertiary emergency department. **Infectious Diseases in Clinical Practice.** v. 14, 2006. Disponível em: <http://journals.lww.com/infectdis/toc/2006/11000>. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

FARACO, M.M. **Eventos adversos associados à ventilação mecânica invasiva no paciente adulto em uma unidade de terapia intensiva.** (Dissertação Mestrado). São Paulo: Florianópolis Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

FERREIRA, M.A. **Enfermagem: arte e ciência do cuidado.** Escola Anna Nery (imp.) 2011 out-dez; 15 (4): 664-666.

FORSTER, Alan J. et al. The impact of adverse events in the intensive care unit on hospital mortality and length of stay. **BMC Health Serv Res.** 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621200/>. Acesso em: 28 de agosto de 2016.

LEÃO, E.R. et al. **Qualidade em Saúde e indicadores como ferramenta de gestão.** São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

LIMA, C.S.P.; BARBOSA, S.F.F. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v 23, n 2, 2015. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents>. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

MENDES, W. et al. **Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro.** *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v.59, n.5, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000500006. Acesso em: 13 de agosto 2016.

MENDES, W. et. al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev Bras Epidemiol.** 2005; n. 8 v.4: p. 393-406. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>. Acesso em 03 de setembro de 2016.

NOVARETTI, M.C.Z. et al . Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 692-699, Oct. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000500692&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 de outubro de 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. Lisboa, 2011. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?ua=1. Acesso em: 09 de agosto de 2016.

RÉA-NETO, Á. et al. **Guia da UTI Segura**. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2010.

VLAYEN, A. et al. Design of a medical record review study on the incidence and preventability of adverse events requiring a higher level of care in Belgian hospitals. **BMC Res Notes**. 2012. Disponível em: <http://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-468>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

WHO. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. **Summary of the evidence on patient safety: implications for research: the research priority setting working group of the world alliance for patient safety**. Geneva; 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75169/1/WHO_IER_PSP_2008.03_eng.pdf. Acesso em: 29 de agosto de 2016.

Gabarito de respostas

1. São incidentes ou situações que podem provocar ou que provocam injúrias ou danos não intencionais ao

paciente, decorrente do cuidado à saúde, podendo ser classificado como incidentes com danos.

2. O gerenciamento de risco ocorre, através da aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e dos eventos adversos, buscando a garantia da segurança à saúde, a integridade profissional, a qualidade do meio ambiente e da imagem institucional. A gestão de risco é uma tarefa diária, complexa e árdua e para que o processo ocorra de modo efetivo, deve-se estabelecer um ciclo contínuo com etapas de diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação dos resultados e as ações para correções devidas.
3. A cultura de segurança favorece a melhoria da qualidade da assistência, que deve permitir: planejar, organizar, direcionar e avaliar o processo do cuidar, cabendo aos profissionais de saúde atuarem com responsabilidade ética e com base em evidências científicas, diminuindo os riscos e potencializando as melhorias em sua prática.
4. As boas práticas para a segurança na UTI devem observar itens para a prevenção de úlceras por pressão, higiene e conforto; controle de infecção provocadas por equipos utilizados na manutenção da vida, prevenção de quedas, deambulação dos pacientes neste setor, dispersão adequada e administração de medicamentos, comunicação efetiva entre a equipe, dentre outras ações necessárias a segurança do paciente.

5. As vulnerabilidades nas UTI's estão associadas a alguns aspectos que podem favorecer a ocorrência de eventos adversos na UTI, destaca-se a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem que ocasiona estresse, a complexidade do quadro clínico do paciente, necessidades urgente de decisões de alto risco, comunicação ineficaz, maior frequência de procedimentos diagnósticos e terapêuticos se comparada a outros setores do hospital, utilização de um arsenal medicamentoso muito mais complexo em função da maior gravidade do caso, avanço tecnológico com incompatibilidade do aperfeiçoamento pessoal necessário, desmotivação, ausência ou limitação do processo de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada e sobrecarga de serviço e a subnotificação dos eventos adversos. Através da cultura de segurança considerando o princípio de que para implantação e consolidação do cuidado, é necessário a aplicação de um modelo assistencial de segurança. Pode-se afirmar que, o propósito implícito por essa forma de atuar favorece o compartilhar do resultado da assistência de enfermagem, de forma responsável e comprometida, não só com o paciente, mas com sua família, comunidade e todos profissionais inseridos no cuidar voltada ao gerenciamento de risco nas unidades de terapia intensiva favorecendo a melhoria da qualidade da assistência, com responsabilidade para a melhoria da prática assistencial.

6. Os indicadores são instrumentos indispensáveis para a segurança do paciente e, conseqüentemente, dos profissionais. O processo de enfermagem de forma sistematizada favorece um fazer seguro, com redução de riscos. As estratégias de ação e metodologia de aplicação devem estar claras, mas também o indicador deve ser pacientemente analisado e corretamente discutido junto à equipe de saúde diante da complexidade do paciente, considerando o princípio de que para implantação e consolidação do cuidado. É necessário a aplicação de um modelo assistencial de segurança.
7. Para o desenvolvimento do Plano de ação deverá ser necessário realizar uma sondagem para detectar o nível de compreensão dos profissionais sobre como realizar a assistência de enfermagem, no que diz respeito a minimizar os eventos adversos. Após a sondagem, são realizados pela equipe gestora os diagnósticos, os quais irão conduzir toda a construção do plano de ação, que deverá estar composto por:
 - Programação de Educação Permanente com temas voltados a segurança do paciente, compreensão dos processos de administração de medicamentos, de dietas enterais, trocas de equipos, prevenção de quedas e lesões por pressão, monitorização das punções venosas, no que diz respeito a limite de tempo de permanência das mesmas e também controle sobre o aparecimento de sinais flogísticos, que podem ser sugestivos de flebite ou contaminação do sítio de punção;

- Sensibilização da equipe, através de experiências que os chamem a atenção para a sua responsabilidade da não ocorrência de *near miss*, dos incidentes ou eventos adversos propriamente ditos. Estes momentos de sensibilização poderão ocorrer através de demonstração de imagens ou por utilização de simulações realísticas onde estes profissionais deverão ser colocados em situações reais (simuladas) e os farão vivenciar tais realidades, requerendo deles uma ação e reação quanto ao que for colocado para que os mesmos vivenciem.
- Para os casos de ocorrência real de eventos adversos, deverá ser reunida toda a equipe para a identificação de pontos inseguros e, a partir de tal identificação, construir uma capacitação *in loco* para trabalhar tal necessidade.
- Realização de relatórios periódicos sobre a ocorrência destes eventos ajudará no controle e sinalização de novas dificuldades ou até mesmo o sucesso do plano de ação.

Juliana Paiva Góes Ramalho
Carina Cristina Melo Silva
Daniela Alves Cardeal dos Santos
Rennaly Kelly de Araújo Ferreira
Rozileide Martins Simões Candeia

Introdução

O cuidar implica em compreender o ser humano na sua multidimensionalidade, agregando-o na sua conjuntura familiar, cultural, histórica e social. O cuidado a qualquer pessoa, em especial à pessoa idosa, exige conhecimentos e ações pautadas em valores éticos (PIEXAK et al., 2012).

O ato do cuidar em sua essência tem uma relação de compromisso e responsabilidade para com o ser dependente, apresenta afinidade de proximidade e intimidade que envolve solicitude e atenção para com o outro. O cuidar não implica apenas uma função, ocupação ou atividade, mas, representa valor substantivo que acarreta em si uma alteridade que abrange o respeito recíproco e a complementaridade. É também um ato dinâmico, pensado, que envolve um agir, uma atitude interligada pela formação pessoal e profissional (MAFRA, 2011).

Assim, o cuidado a pessoa idosa deve ser pautado na manutenção do estado de saúde, dentro de uma expectativa de vida ativa que vise à independência funcional e autonomia. Nessa perspectiva, ressalta-se o número crescente de idosos

que necessitam de cuidados diferenciados e prestados por profissionais da área da saúde capazes de minimizar os problemas de saúde do idoso numa perspectiva holística (PIEXAK et al., 2012).

Considerando que, o conceito de saúde para o idoso vai além da presença ou ausência de doença ou agravo, sendo estimada pelo nível de independência e autonomia, a avaliação deste deve ser multifuncional, levando-se em conta o bem-estar biopsicossocial e a necessidade de ações integradas da equipe multidisciplinar (SOUZA, 2011).

Nesse contexto, o envelhecimento é caracterizado pela perda progressiva da manutenção do equilíbrio homeostático, mediante sobrecarga emocional. O envelhecimento não é uniforme, mas é o conjunto das alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressiva e especificamente com a idade (SOUZA, 2011).

Muitos idosos, em especial os que alcançam a quarta idade, 75 anos ou mais, necessitam de cuidados mais complexos e de longa duração, solicitando o gerenciamento das doenças crônicas, a prevenção de eventos adversos em saúde, o fortalecimento da rede social e comunitária do idoso. Só nos Estados Unidos foram gastos 462 bilhões de dólares em cuidados médicos para indivíduos com múltiplas doenças crônicas (BOULT et al., 2009).

O Brasil tem envelhecido de forma rápida e sem planejamento. Em menos de 50 anos, o perfil de mortalidade típico de uma população jovem transmudou para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. O Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística (IBGE), relata que a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do País. A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem (BRASIL, 2010).

O aumento da perspectiva de vida representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais.

Nos países desenvolvidos, a transição demográfica tem ocorrido de maneira gradativa, substituindo de forma linear o padrão das doenças. No Brasil, esse fenômeno se apresenta em margem inversa de progressão tendo o grupo etário de 60 anos ou mais, duplicado, em termos absolutos, no período de 2000 a 2020, ao passar de 13,9 para 28,3 milhões, e elevando-se, em 2050, para 64 milhões. Em 2030, de acordo com as projeções, o número de idosos já supera o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade), em cerca de 4 milhões, diferença essa que aumenta para 35,8 milhões, em 2050 (64,1 milhões para 28,3 milhões, respectivamente), quando representarão 28,8% contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população (BRASIL, 2011).

A desafiadora transformação do padrão demográfico nivela-se à cruciais alterações estruturais advindas da sociedade brasileira, envolvendo reduções na taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária, com crescimento

mais lento do número de crianças e adolescentes, paralelamente a um aumento da população em idade ativa e de pessoas idosas.

O envelhecer populacional gerou transmutações na silhueta demográfica e epidemiológica do país, e revela demandas de políticas de saúde, assistência e previdência social, que necessitam de respostas iminentes capazes de resultar em novas formas de cuidados com ênfase no olhar longitudinal já que esse grupo etário apresenta características peculiares diante dos inúmeros agravos de saúde que os acometem, ocasionando maior vulnerabilidade à intercorrências, exigindo intervenções multidimensionais e multissetoriais, com foco na integralidade e na equidade assistencial.

Na literatura, os riscos são representados por situações, procedimentos ou condutas, que por ventura ocorrerem, podem resultar em um efeito negativo para a pessoa a qual foi exposta (FELDMAN, 2008). Nessa faixa etária, as ações de promoção e proteção da saúde, visam também a prevenção de riscos, são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver (BRASIL, 2011).

Este capítulo enfatiza a gestão de risco do idoso, buscando compreender as mudanças que acometem esse grupo etário, abrangendo as dificuldades vivenciadas em relação ao risco de quedas, ocorrência doenças crônicas não transmissíveis, isolamento social, polifarmácia e interações medicamentosas, bem como, os aspectos relacionados à insuficiência cerebral, no que concerne às doenças que atingem com mais incidência,

estes e os problemas gerados pela fragilidade que o organismo, passa a manifestar. Essas informações tem a finalidade de suscitar reflexões em torno do tema, possibilitando conhecer os desafios no campo do gerenciamento de riscos no cuidado com o idoso.

Gestão de riscos relacionado às quedas

A velhice enquanto sentido biológico é uma realidade que transcende a história, sendo esse destino variável de acordo com o contexto social, visto que é por meio da sociedade que se conhece a representação do idoso, seja por meio de estudos científicos ou pelo senso comum (RAMOS, 2003).

Estudos populacionais realizados nos países emergentes têm demonstrado que cerca de 40% dos indivíduos brasileiros com 65 anos ou mais precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária e que apenas 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas (RAMOS, 2003).

Atualmente, se encontra inúmeros estudos realizados não só no Brasil, mas também em diversos países, evidenciando que a cada ano um terço dos idosos sofre pelo menos uma queda. Vale ressaltar que a ocorrência destas quedas mostra-se semelhante em vários países (FLÁVIO, 2013).

Conceituando esse fenômeno, entende-se por queda o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano (BRASIL, 2013). Seja o ato de assentar na cadeira, levantar da cama, tropeçar no corredor ou

descer do ônibus, as quedas podem originar ferimentos graves, como lesões corto-contusas, hematomas e fraturas. Embora a fratura proximal do fêmur seja a mais temida, por sua elevada letalidade, as quedas podem provocar efeitos devastadores na qualidade de vida dos idosos, mesmo que as fraturas não tenham ocorrido (FLÁVIO, 2013).

Nesse contexto, destaca-se a importância de alertar sobre as consequências decorridas de uma acidente por queda, como é o caso dos idosos que desenvolvem a “síndrome do medo pós-queda”, um intenso distúrbio de marcha provocado por receio de cair, mesmo na ausência de comprometimento da capacidade de deambular. Como resultado, o idoso passa a solicitar e a depender de ajuda para realizar tarefas cotidianas e/ou abandonam tais tarefas, desenvolvendo atrofia muscular, reduzindo a amplitude de movimentos e déficits de marcha e equilíbrio, favorecendo o surgimento de novas quedas (FLÁVIO, 2013).

Pesquisas evidenciam que a taxa de mortalidade por quedas aumenta exponencialmente após os 65 anos e que aos 85 anos este índice pode ser 10 vezes elevado se comparado com o idoso aos 65 anos. Embora as quedas sejam mais frequentes em mulheres, são os homens que mais sofrem com sua forma letal. Estes dados podem estar relacionados a evidências de que a queda para os homens pode ser indicio de como o organismo está sofrendo com algum comprometimento, com as doenças pulmonares ou cardíaco vasculares (FLÁVIO, 2013).

As quedas podem ser divididas em fatores que as causam, como os intrínsecos que são os relacionados ao próprio indivíduo, a exemplo de problemas do equilíbrio ou de visão,

e os fatores ambientais que englobam aspectos externos, como lugares mal iluminados e pisos escorregadios. Entretanto, nos deparamos muitas vezes com quedas em idosos em que o fator intrínseco certamente será o mais relevante e o resultante da queda (FLÁVIO, 2013).

Observa-se que as abordagens multifatoriais e multidisciplinares são de fundamental importância, com uma investigação adequada dos fatores intrínsecos e ambientais que podem vir a causar quedas em idosos, além de um trabalho coletivo com profissionais que irão auxiliar este idoso a se manter mais ativo, através de exercícios e abordagens que resultem em um aumento da força muscular e melhora da marcha e equilíbrio como um todo; adequar as medicações que causem sedação e, conseqüentemente, vertigem; promover adaptações em seu domicílio que levem a redução de tais intercorrências, orientando-o a eliminar obstáculos e dificuldades ao realizar atividades de sua vida diária (FLÁVIO, 2013).

Vale salientar a importância da gestão de risco na prevenção de quedas por meio de intervenções educativas dos próprios profissionais da saúde, visando à alteração de atitudes, que a partir do entendimento desses fatores envolvidos em situações de quedas podem subsidiar a educação em saúde e a implementação, local e descentralizada, de tais medidas adaptadas as diferentes realidades constituinte desses agravos (BRASIL, 2013).

Em 2006, registrou-se uma ampliação de estudos sobre quedas em idosos no Brasil que culminou com um movimento de revisão/atualização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com objetivo de recuperar, manter e promover

a autonomia e a independência dos indivíduos de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, preconiza que as práticas de cuidados voltadas aos idosos sejam contempladas com uma abordagem global, interdisciplinar e multidimensional para que estes possam ter uma qualidade de vida adequada, levando em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância da gestão de risco no ambiente o qual está inserido. Além disso, uma intervenção preventiva e precoce torna-se mais relevantes às intervenções curativas tardias (BRASIL, 2006).

O reconhecimento dos idosos como uma população de indivíduos mais vulneráveis que sofrem tantos eventos que ocasionam consequências e limitações à sua saúde, nos leva ao questionamento, enquanto profissionais à desenvolver ações práticas e educativas do cuidado direto. Nesse sentido, a gestão de risco no cuidado ao idoso deve ser planejado com vistas a melhorar a capacidade funcional e a autonomia dos idosos, para manter suas atividades rotineiras em uma sociedade em constante evolução. Para isso, torna-se necessário:

- reconhecer a influência dos fatores ambientais em relação às quedas;
- traçar medidas preventivas adaptadas às condições físicas, mentais e socioeconômicas dos indivíduos;
- reduzir as taxas de hospitalização e de mortalidade hospitalar por essas causas.

O estudo de práticas e propostas de ação nesse sentido, encontra-se como campo aberto para ser explorado e discutido no âmbito da academia, das práticas profissionais, da gestão e serviços de saúde. Como desafio prioritário para essa temática, ressalta-se a necessidade de investimentos em qualificação e contingente de profissionais para promoção da saúde, intervenções preventivas e rearranjos familiares e estruturais capazes de reduzir o risco de queda e melhorar a qualidade de vida de pessoas e coletividades.

Gestão de risco relacionado às Doenças Crônicas não Transmissíveis

Mundialmente as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda e um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria dos óbitos é atribuível às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011).

Os agravos crônicos, atualmente, ocupam um lugar de destaque no panorama da saúde no Brasil por serem prevalentes, multifatoriais, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais. Sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, no Brasil, as DCNT apresentaram magnitude relevante e corresponderam a 70% das causas de mortes mostrando a forte associação das doenças crônicas não transmissíveis à fatores de riscos altamente prevalentes (BRASIL, 2011).

Os resultados apontaram como principais DCNT a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, colesterol, elevada depressão, insuficiência renal crônica, doença osteomuscular relacionado ao trabalho, câncer sendo essas, responsáveis por um número elevado de mortes em pessoas antes dos 70 anos de idade, além da diminuição da qualidade de vida por meio de desenvolvimento de incapacidades e da limitação das pessoas doentes em suas atividades cotidianas e de lazer. O monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados são primordiais para definição de políticas de saúde voltadas para prevenção destes agravos.

O Ministério da Saúde, através do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, estabeleceu as principais DCNT com ênfase no atual cenário brasileiro em quatro grandes grupos: circulatórias, câncer, respiratórias agudas e diabetes, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle daquelas e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011).

A estratégia enfoca três eixos principais que envolvem diretrizes e ações nos campos da vigilância epidemiológica, informação, avaliação e monitoramento com o desenvolvimento

de pesquisas no campo do acesso aos recursos, morbidade, fatores de risco e proteção de doenças crônicas; promoção da saúde através da criação de espaços urbanos que incentivem a prática da atividade física, a alimentação saudável, redução do tabagismo e do uso de álcool, além da implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção e atenção integral; e cuidado integral de doenças crônicas, por meio da realização de ações que fortaleçam a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde, e a ampliação de intervenções diversificadas de abordagem integral da saúde com vistas à prevenção e ao controle das DCNT.

Considerando o perfil de morbimortalidade da população; a transição demográfica, epidemiológica e nutricional; o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção, torna-se de extrema relevância o desenvolvimento de programas de gestão de risco com estratégias de promoção e prevenção de agravos no setor suplementar.

Para responder as necessidades de saúde, nos serviços de atenção primária estabeleceu-se um modelo de alinhamento dos sistemas e serviços para que sejam capazes de evidenciar e responder às inúmeras demandas, sobretudo no contexto das DCNT, tendo o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como apoio técnico, logístico e de gestão como forma de garantir a integralidade do cuidado.

Reorientar os modelos de atenção à saúde requer a compreensão da situação de determinado local para se poder atuar na realidade de saúde. Em se tratando das DCNT, elas têm

sua especificidade, especialmente considerando à qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. Nessa perspectiva, há de se destacar o controle integrado e a tomada de decisão baseada em evidências científicas (BRASIL, 2014). Ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde a utilização dos serviços e dos recursos onde pessoas com maiores riscos sejam vistas com equidade para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas.

O gerenciamento do cuidado ao idoso portador de DCNT perpassa por uma equipe multiprofissional capaz de restabelecer a capacidade funcional desses indivíduos, por meio do encorajamento à promoção e prevenção de danos à saúde tomando como ponto de partida a identificação precoce de alterações funcionais que possam levar a incapacidades. Considerando que indivíduos com maior risco de complicações e perdas funcionais demandam atendimento e acompanhamento holístico e articulação intersetorial, longitudinal na Rede da Atenção à Saúde de modo a assegurar que o idoso seja contemplado adequadamente em todos os níveis de atenção.

O planejamento e a gestão de estratégias de promoção da saúde, notadamente aquelas marcadas pela intersetorialidade, alcançam maior potência e maior efetividade à medida que promovem a autonomia e o envolvimento de sujeitos e coletivos, para que todos sejam protagonistas e identifiquem-se com as propostas desenvolvidas pelos órgãos competentes. A construção coletiva é fundamental para que as ações de promoção da saúde tenham maior sustentabilidade e reduzam o investimento necessário em arranjos curativos e farmacêuticos,

reduzindo os riscos de adoecimento e as intercorrências clínicas (BRASIL, 2009).

Gestão de risco no cuidado relacionado à polifarmácia/ interações medicamentosas

A terapia medicamentosa deve ser realizada sempre de maneira consciente e racional, pois o uso de medicamentos desordenado proporciona efeitos terapêuticos e não terapêuticos, pois realiza alterações fisiológicas em diversas partes do organismo. Destaca-se que esses efeitos podem ser intensificados na utilização contínua, principalmente pelos idosos, que, geralmente, utilizam mais de um medicamento.

O uso de cinco ou mais medicamentos utilizados no mesmo horário, denominado polifarmácia, tem aumentado de forma importante nos últimos anos entre os idosos. Essa prática acontece por diversos fatores, tais como: o aumento no aparecimento de doenças crônicas, o estímulo para a prescrição de fármacos pelos profissionais de saúde, o incentivo a utilização de medicamentos impulsionado pela indústria farmacêutica, entre outros (OLIVEIRA; SANTOS, 2016).

As consequências do uso intenso de medicamentos abrangem aspectos clínicos e econômicos, afetando diretamente a segurança do paciente, por isso torna-se necessário que os profissionais de saúde priorizem ações de gerenciamento dos riscos desse uso pela pessoa idosa (SECOLI, 2010).

Nos casos de polifarmácia, uma alternativa para simplificar o tratamento e reduzir erros, seria a adoção de pílulas contendo uma combinação dos medicamentos em uso pelo paciente. Todavia ainda existem algumas preocupações

quanto à segurança e eficácia, quanto à inflexibilidade da dosagem de cada fármaco (OLIVEIRA; SANTOS, 2016). É importante destacar a necessidade de sempre verificar quais fármacos o idoso está utilizando e se realmente são necessários para a manutenção da saúde do mesmo.

Ressalta-se que o uso concomitante de vários medicamentos pode ocasionar as interações medicamentosas. As interações medicamentosas ocorrem quando os efeitos de alguns medicamentos são modificados por outros, alterando sua eficácia, podendo aumentá-la ou diminuí-la, de maneira benéfica ou maléfica. Por isso, o profissional de saúde deve estar atento aos horários e períodos de uso, verificando possíveis adequações, a fim de evitar estas alterações nos efeitos dos medicamentos (SECOLI, 2010).

A gestão de risco no cuidado com as pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A identificação de fatores que alteram as funções fisiológicas do idoso, como o uso excessivo de medicamentos, e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente agravos na saúde dessa população (BRASIL, 2006)

A vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos relacionados aos medicamentos, caracterizados pelos efeitos nocivos destes, é alta, contextualizando a complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de uso de vários fármacos,

e às alterações orgânicas inerentes ao envelhecimento. Neste contexto, o grande desafio dos profissionais de saúde é contribuir na promoção do uso racional dos medicamentos (SECOLI, 2010).

A orientação dos idosos e seus familiares, especialmente no que concerne à prática da automedicação, a informação acerca dos riscos da interrupção do tratamento, troca, substituição ou inclusão de medicamentos sem conhecimento dos profissionais da saúde; o aprazamento criterioso dos horários da prescrição médica, de modo a evitar a administração simultânea de medicamentos que podem interagir entre si ou com alimentos; são algumas estratégias que podem ajudar a prevenir e minimizar os eventos adversos.

Os programas específicos de atenção ao idoso, como os existentes nos centros de referência, podem funcionar como cenários para realização de palestras/cursos ou programas educativos, que ofereçam subsídios para que cuidadores, familiares e o próprio idoso possam utilizar os medicamentos de maneira mais segura.

Gestão de risco no cuidado relacionado ao isolamento social

Os idosos podem ser vistos pela sociedade atual como incapacitado, sem reconhecimento social, por não ter mais uma produtividade efetiva como na vida jovem, visto que a sociedade moderna é exclusivamente firmada na produtividade. Desta maneira o idoso frustra-se com a diminuição de seu espaço, o que ocasiona o isolamento social e a privação de fontes

de informação e comunicação, responsáveis por manter o indivíduo ativo na sociedade.

O isolamento da pessoa idosa faz com que haja uma redução na sua qualidade de vida, visto que a comunicação e informações trocadas é o que mantém o indivíduo ativo na sociedade. A falta de relações sociais também pode ser um fator de risco à saúde e tem sido considerada tão prejudicial quanto o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física. A exemplo das pessoas idosas que vivem institucionalizadas, o isolamento leva à perda da identidade, de liberdade, solidão, e até mesmo a depressão, que nesta faixa etária pode vir acompanhada de vários problemas clínicos e sociais (SANTANA; BARBOSA; FILHO, 2007).

Os idosos podem estar expostos a situações de maior vulnerabilidade, mas, podem contribuir de maneira considerável para a manutenção da estrutura familiar, considerando que, as pessoas que estão envelhecendo no presente possuem mais recursos para lidar com as limitações de saúde, fazendo-as viver melhor, por mais tempo e numa posição mais ativa na família. A presença dos familiares é algo valorizado culturalmente, o que gera uma expectativa de que a família possa suprir as demandas naturais do processo de envelhecimento de seus membros, que atualmente pode ser visto como uma fase ativa, na qual os idosos trabalham em seus lares, realizando as atividades domésticas, fazem compras, cuidam dos netos, ajudam financeiramente os familiares e administram suas vidas. Porém, a velhice muitas vezes é vista como um fardo pelas próprias famílias dos idosos, visto que a maioria deles precisam do amparo e da atenção de seus membros (VERA et al., 2015).

Estudos mostram a importância que a família tem para o idoso, muitas vezes não corresponde as expectativas da mesma, de modo que o cuidado aos idosos é desconsiderado pelos parentes mais jovens e quase sempre é o idoso que oferece o suporte social. É importante destacar que os idosos com mais de 80 anos constituem uma população diferente dos idosos mais jovens, pois há uma prevalência maior por serem acometidos pelas doenças, o grau de dependência funcional é mais elevado, além do grande impacto que estes provocam sobre a dinâmica familiar, social e econômica, tendo em vista que este é o grupo etário que mais vem crescendo no nosso país. Resultados de pesquisas de base populacional sobre a saúde dos idosos, realizados no Brasil mostram que os laços familiares ainda é o recurso disponível para manter o cuidado aos idosos ainda que em situações não totalmente satisfatórias.

Em um estudo realizado em Ouro Preto (MG), de uma amostra aleatória representativa com cerca de 180 idosos, avaliou o risco de isolamento social e os dados revelaram que 65% desses idosos não recorrem à família quando acometidos por problemas emocionais ou de saúde, 33% não participam das decisões importantes da família e 24% nunca costumam se encontrar com amigos, vizinhos ou parentes, quando as recomendações são para relatar seus sentimentos.

O isolamento e a solidão estão associados muitas vezes à violência contra o idoso e frequentemente está encoberto dentro da própria família e da sociedade. O que causa danos físicos, mentais, e morais nas relações individuais e sociais, sendo a dependência, o principal fator de risco para o idoso sofrer algum tipo de violência. O que reflete interferindo no convívio

social, familiar e institucional do idoso comprometendo a sua qualidade de vida (CHAIMOYICZ, 2013).

Nesse contexto, a religiosidade dos idosos torna-se um referencial devido ao suporte social e amparo, convívio e contato com outras pessoas e também pelo fato de terem uma ocupação. Outro aspecto importante é o incentivo à prática de atividades em grupo para as pessoas da terceira idade, como atividades físicas, de lazer, artesanais, artísticas e sociais, pois estas estabelecem uma relação afetiva com as pessoas e com o mundo promovendo uma melhoria da saúde e do nível de sociabilização (SANTANA; BARBOZA FILHO, 2007).

O sentimento de pertencimento a um grupo dentro da comunidade gera motivação, envolvimento, otimismo e o desejo de interagir com os demais. Os espaços de convivência geram níveis mais elevados de bem-estar, qualidade e satisfação de vida, menor solidão e isolamento (SANTANA; BARBOZA FILHO, 2007). Além disso, observa-se a interdependência entre fatores sociais, familiares e pessoais. Sendo assim, a maneira como se vive a velhice está diretamente relacionada com a condição familiar e as influências que a comunidade e sociedade exercem sobre ela.

Gestão de risco no cuidado relacionado à insuficiência cerebral

O cérebro no decorrer dos anos sofre algumas alterações em função das perdas neuronais ou alterações nas sinapses dos quais podem modificar a neurotransmissão. O envelhecimento ocasiona lentificação na condução nervosa que possibilita ao idoso ter um desempenho cognitivo normal ou com alguma alteração nessa capacidade. Caso possua alguma incapacidade

cognitiva, a família de princípio deve identificar os sinais e sintomas que estão diferentes naquele idoso e encaminhá-lo para o médico. Essa manifestação pode se apresentar em quadros de demência, depressão ou delirium.

Os problemas cognitivos podem aparecer de forma isolada ou em conjunto, dificultando mais ainda o seu diagnóstico e manejo. A confusão mental crônica é chamada de demência e tem causas reversíveis e irreversíveis. As principais causas de demência não reversíveis são a doença de Alzheimer e a demência vascular. O delirium é um estado de confusão mental aguda ou subaguda e a depressão é a principal doença psiquiátrica que acomete os idosos (BRASIL, 2011).

Depois da confirmação do diagnóstico da doença, o idoso passa a ter uma dependência total ou parcial de familiares de maneira considerável. A família passa a possuir um papel muito importante e de uma responsabilidade ímpar. A demência gera um impacto relevante na vida e rotina de todos da família, enquanto a depressão impacta diretamente a autoestima do idoso.

Para melhor compreensão das alterações apresentadas pela incapacidade cognitiva que o idoso pode apresentar, foi estabelecida a seguinte classificação:

> *Delirium*: é uma alteração que pode ser desencadeada por infecções, distúrbios metabólicos ou lesões estruturais do SNC, o indivíduo apresenta distúrbios da cognição, humor, consciência, atenção, memória (imediata, registro e retenção), de início agudo ou em sobreposição a distúrbios crônicos da cognição;

> *Depressão*: se caracteriza por humor rebaixado, perda de interesse ou prazer em realizar atividades do cotidiano, isso provoca não só alterações do funcionamento biológico, mas repercute diretamente na qualidade de vida do indivíduo. No idoso, a depressão pode se manifestar também por déficits de memória de variados graus, somatizações, ansiedade, alcoolismo ou síndromes algicas;

> *Demência*: é caracterizado pela deterioração das funções mentais sem perda da consciência. Desse modo, as funções encefálicas, particularmente o desempenho intelectual se tornam comprometidos a ponto de prejudicar a autonomia e a independência funcional. Tem caráter progressivo e interfere no desempenho das atividades de vida diária, sendo o exemplo mais conhecido o Alzheimer (MORAIS; CALDAS; FARIA, 2013).

Todos possuem a capacidade de arquivar e mais tarde fazer uso de determinada experiência ou acontecimento. Os idosos em sua maioria fazem queixas de esquecimentos, mas que nem sempre tem significado patológico, apresentando em outras situações o distúrbio cognitivo através das alterações do comportamento e redução da capacidade funcional em decorrência da falha da memória.

A avaliação neuropsicológica do comportamento e da cognição é realizada através de anamnese e do exame clínico, complementada posteriormente por testes cognitivos que avaliam a memória, fala, decisão e reação, linguagem e inteligência. Um diagnóstico diferencial deve ser feito com as demências de origem vascular ou mista que possuem alterações cognitivas (memória, linguagem, funções executivas e capacidade de integração

visuoespacial) ou com algumas manifestações neuropsiquiátricas (depressão, ansiedade, alucinações, agressividade, ideias delirantes) (MORAIS; CALDAS; FARIA, 2013).

Em algumas situações os idosos devem ser avaliados rotineiramente como, por exemplo: ter mais de 80 anos; perder a independência nas atividades de vida diária, instrumentais ou básicas; possuir alterações comportamentais; se encontrar hospitalizado ou institucionalizado; possuir histórico de delirium, depressão, ansiedade, diabetes, doença de Parkinson ou deterioração funcional inexplicada; ter alterações súbitas no estado mental ou psíquico; possuir alterações de outras funções cognitivas, dentre outras (MORAIS; CALDAS; FARIA, 2013).

Muitos idosos vivem suas vidas independentes e realizam atividades, deveres e tarefas sem auxílio de familiares ou cuidadores. No entanto, ao possuírem algumas doenças ou até sequelas deixadas pelas mesmas, passam a ter seu desempenho funcional prejudicado, fazendo-se necessário uma avaliação mais precisa quanto a realização das atividades, sendo divididas em Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária.

As Atividades da Vida Diária básicas (AVD) são caracterizadas pela capacidade de autocuidado e de atenção às necessidades básicas diárias, como alimentar-se, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar corretamente a toalete. Seu desempenho é o parâmetro mais aceito e reconhecido para a avaliação funcional, pois concede boa aceitação do paciente quanto à gravidade das doenças e suas sequelas, ou seja, a deterioração cognitiva. Utiliza-se como instrumento de avaliação a escala de Katz (SOUZA, 2011).

As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são as rotineiras do dia-a-dia, utilizando recursos disponíveis no meio ambiente, tais como fazer compras, usar o telefone, pagar contas, preparar refeições, arrumar a casa, lavar e passar roupas, controlar remédios e dinheiro, sair sozinho. A escala de Lawton- Brody é o instrumento mais utilizado para avaliação desta atividade, no entanto, temos também a escala de Pfeffer (SOUZA, 2011).

A incapacidade para as AVDs e AIVDs com perda da autonomia podem ser reversíveis se for Delirium ou Depressão e irreversível no caso da demência. Caso o quadro seja reversível (Delirium ou Depressão) deve-se buscar a causa e tratar as condições. Em casos irreversíveis (Demência) deve-se fazer o diagnóstico diferencial e instituir o tratamento adequado (SOUZA, 2011).

Na avaliação de comportamento são utilizados instrumentos para avaliar os distúrbios de comportamento e o diagnóstico de depressão como a CDR (*Clinical Dementia Rating*) e a escala geriátrica (GDS-5 ou GDS-15). A CDR analisa a influência da perda cognitiva na habilidade de conduzir as atividades da vida diária, ou seja, no comprometimento funcional, usando pontuação e a escala geriátrica de depressão avalia e rastreia o nível depressivo que o idoso se encontra (SOUZA, 2011).

Durante o processo de envelhecimento, o indivíduo apresenta fatores que influenciam a habilidade (sentidos, pensamento e raciocínio) e a capacidade de respostas a estímulos externos como: idade, nível de escolaridade, interesses pessoais, comportamento, saúde, atividades desenvolvidas

habitualmente, quantidade de estímulos a que está exposto, aspectos psicoemocionais e socioculturais. De maneira geral, a avaliação cognitiva verifica a habilidade do indivíduo para desempenhar respostas intelectual, considerando sua história pessoal e expectativas, sendo feito através de mini exames do estado mental ou mini mental (MEEM) (MORAIS; CALDAS; FARIA, 2013).

Considerações finais

Envelhecer é um processo heterogêneo, contínuo, sequencial, cumulativo e complexo do ponto de vista social, psicológico e biológico, devendo ser pensado de forma coletiva para que, através desse olhar integral ao ser humano, as necessidades sociais e individuais da pessoa idosa sejam atendidas. Assim, este processo de envelhecimento da população tende a proporcionar, nas próximas décadas, desafios cada vez maiores aos profissionais e serviços de saúde.

A execução de medidas de gestão de riscos necessita pautar-se na melhoria da qualidade de vida individual e familiar. Desta forma, medidas preventivas e educativas adotadas, em um curto espaço de tempo, contribuem para a melhoria da estrutura e da vida de indivíduos e coletividade, prevenindo sofrimento causado pelos diversos riscos que cercam essa população, além de diminuir o número de possíveis internações e, conseqüentemente, os gastos públicos com tratamento e reabilitação. Por isso, o desenvolvimento de práticas educativas e preventivas é capaz de impactar positivamente na redução das taxas referentes às incapacidades funcional, cognitiva e outras da população idosa em nosso país.

Côncio das circunstâncias e contemplando o princípio da integralidade, recomenda-se a ênfase na abordagem apropriada, a qual respeite as especificidades e características do país em que vivemos. Assim, a formulação dessas estratégias deve ocorrer nos locais em que as ações serão executadas, tendo como visão a realidade local e embasadas em diretrizes que contemplem o âmbito global e nacional.

Exercício:

1) Os profissionais de saúde estão preparados para gerir e eliminar os fatores que possam causar estes e tantos outros danos à saúde da população idosa?

2) Como as quedas podem interferir na qualidade de vida dos idosos?

3) As doenças crônicas não transmissíveis podem atingir a qualidade de vida dos idosos afetando-a de que maneira?

4) O gerenciamento da equipe multiprofissional é considerado de grande importância ao cuidado do idoso portador de DCNT, por ser capaz de restabelecer a capacidade funcional dos indivíduos por meio de encorajamento à prática da promoção e prevenção de danos à saúde. Justifique a afirmativa.

5) Como podemos minimizar os riscos da polifarmácia e das interações medicamentosas?

6) A falta de relações sociais também pode ser vista como um fator de risco à saúde, e a redução da qualidade de vida do idoso acontece em decorrência do seu isolamento na sociedade. Para tal circunstância a pessoa idosa necessita, além de outros

recursos, de um amparo familiar. Tendo em vista a relação idoso e família, como se dá a dinâmica familiar conhecida nos dias atuais?

7) O isolamento social na velhice está apenas associado a violência contra o idoso? O que seria violência contra o idoso? Como saber se o idoso sofre algum tipo de violência?

8) Diferencie as três alterações da incapacidade cognitiva.

9) Como é realizada a avaliação neuropsicológica do comportamento e da cognição?

10) Qual a importância da interligação família e equipe médica para o benefício da evolução do quadro clínico do idoso?

Referências

BOULT, C. et al. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" report. **Journal of the American Geriatric Society**, v. 57, n.12, p. 2328-2337, dez., 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais**, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no Sus: Proposta de Modelo de Atenção Integral**. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo prevenção de quedas**. Brasília: Ministério da Saúde/Anvisa/Fiocruz, 2013.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Lex: coletânea de legislação: edição federal, Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** – Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, 2014.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** – 3ª ed. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).** – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.

CHAIMOYICZ, F. Saúde do Idoso. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva,** Belo Horizonte, 2.ed., 2013.

FELDMAN, L. B. **Gestão de risco e segurança hospitalar:** prevenção de danos ao Paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008.

FLÁVIO, C. Saúde do Idoso. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva,** Belo Horizonte, 2.ed., 2013.

GAUTERIO-ABREU, D. P. et al. Prevalência de adesão à terapêutica medicamentosa em idosos e fatores relacionados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 335-342, abr., 2016.

MAFRA, S.C.T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** 2011, vol.14, n.2, p. 353-364.

MORAIS, A. O. D. DE S.; CALDAS, C.; FARIA, E. T. DE (ORG.). Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Ações Preventivas em Saúde do Idoso: prevenção secundária, terciária e quaternária/** - São Luís, 2013.

OLIVEIRA, L. P. B. A. de; SANTOS, S. M. A. dos. Uma revisão integrativa sobre o uso de medicamentos por idosos na atenção primária à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 163-174, fev. 2016.

PIEXAK, D.R. et al. Percepção de profissionais de saúde em relação ao cuidado a pessoas idosas institucionalizadas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, 2012.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em pessoa idosas residentes em centro urbano: projeto e pessoa idosa. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v.19, n.3, jun., 2003.

SANTANA, A.J; BARBOZA FILHO, J.C. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.3, n.1, p.135-146, jan./jun. 2007.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 136-140, fev. 2010.

SOUZA, D. M. M. (Org.). **A Prática diária na Estratégia Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. 462 p. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/11/A-pr%C3%A1tica-di%C3%A1ria-na-estrat%C3%A9gia-Sa%C3%BAde-da-Fam%C3%ADlia.pdf> >. Acesso em: 22 set. 2016.

VERA, I. et al. Fatores associados à disfuncionalidade familiar em idosos não institucionalizados. **Texto-contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n.2, p. 494-504, abr./jun., 2015.

Leila de Cássia Tavares da Fonseca
Érika Leite da Silva Cardoso
Evyllâne Matias Veloso Ferreira
Mayra do Nascimento Melo
Teresa Cristina Rosa Romero Navarine

Introdução

Os serviços de hemoterapia são considerados complexos em virtude da natureza dos procedimentos e cuidados realizados junto aos doadores e pacientes que se submetem a atividades de produção de terapêuticos injetáveis, o que oferece riscos e requer uma vigilância constante. No entanto, estes serviços passaram um longo período esquecidos pelos poderes públicos, fortalecendo-se após a criação do Programa Nacional de Sangue (PRÓ-SANGUE), pela Vigilância Sanitária com normas e medidas de fiscalização com vistas à qualidade e segurança transfusional no Brasil (SILVA JÚNIOR; RATTNER, 2016).

Os riscos são fontes de danos no ambiente hospitalar, a partir dessa constatação há necessidade de controlar por meio do gerenciamento de risco, que é uma política de condutas, procedimentos e recursos utilizados como uma forma de minimizar os riscos e os eventos adversos que afetam a segurança e a saúde humana. Logo, o gerenciamento de risco constitui uma exigência da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) por meio da RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) nº 2 de 2010 para todos os estabelecimentos de saúde (BRASIL,

2010a). Nos serviços de hemoterapia, essa preocupação com o gerenciamento de risco, visando a segurança e qualidade do processo, não é diferente, afinal, tal prática consiste em um meio favorável para transmissão de doenças, caso não siga os parâmetros de qualidades determinados pela legislação vigente.

Apesar da prática transfusional ser considerada segura na atualidade, é fundamental conhecer e monitorar os riscos que fazem parte do processo do ciclo do sangue, a fim de evitar possíveis erros que possam comprometer a saúde dos próprios profissionais, doadores e pacientes (SILVA JÚNIOR; RATTNER; MARTINS, 2016). No gerenciamento de risco da transfusão é possível conhecer apenas as variáveis que podem levar os efeitos indesejáveis. A qualidade do serviço é medida pelo monitoramento, através de ações preventivas e corretivas, a fim de evitar a ocorrência ou reincidência do risco. Neste aspecto, a notificação constitui um instrumento necessário para que o país estabeleça os riscos e as limitações da hemoterapia com vistas à redução de danos provenientes da mesma (PROIETTI; CIOFFI, 2008).

Este capítulo se propõe a discorrer sobre as principais legislações que regem os serviços de hemoterapia, bem como estes serviços devem ser gerenciados, levando em consideração aspectos que envolvem os princípios da biossegurança, o processo do ciclo do sangue, a hemovigilância e retrovigilância, o gerenciamento de notificações, bem como a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde.

Organização e gerenciamento do serviço: aspectos legais

Qualquer dano causado pelo cuidado à saúde do paciente, que não tenha relação com a sua morbidade, caracteriza-se como evento adverso. Todo evento adverso, por sua vez, causa prejuízos adicionais aos serviços de saúde, prolongando o tempo de permanência e aumentando o investimento em horas de assistência direta ao paciente, onerando, assim, os cofres públicos. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso, e destes 50% são evitáveis (DEVRIES, et al., 2008). Por isso, há necessidade do gerenciamento de risco ser empregado cada vez mais efetivamente.

Quando nos reportamos ao gerenciamento de risco, não devemos deixar de visualizar onexo causal que este risco pode acarretar a saúde, isso envolve a relação de direito e saúde, constatando que é importante aos profissionais da saúde conhecer as normas referentes à hemoterapia, a fim de evitar tantos os danos às possíveis vítimas, quanto as implicações jurídicas inerentes a uma prática negligente (NUNES; CHAMONE, 2010).

Para que se possa ter um panorama dos avanços obtidos até o momento, no que diz respeito ao sangue e seus derivados, é necessário compreender que, inicialmente, no período da Segunda Guerra Mundial, os bancos de sangue eram de caráter privativo e não possuíam intervenção do governo nesse sentido. Tal fato contribuiu com a comercialização nesse setor e, por falta de fiscalização, houve aumento da incidência de doenças transmissíveis por via sanguínea. Em 1969 foi proposto - após avaliação de vários bancos de sangue no Brasil, por solicitação

da Organização Pan-Americana de Saúde - a reformulação dos serviços de hemoterapia brasileira, sendo sugerido a implantação de um modelo semelhante ao da França, cuja característica consistia na descentralização. Contudo, apenas em 1980 que houve a estruturação do Sistema Nacional de Hemoterapia, com a criação do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (PRÓ-SANGUE), cujo objetivo foi alcançar a cobertura hemoterápica em todo país, estimulando doações voluntárias, qualificando os recursos humanos, uniformizando os procedimentos técnicos e criando a hemorrede, uma rede de serviços hemoterápicos públicos (BRASIL, 2010b).

Com a Constituição Federal de 1988, aspectos relacionados à proibição do comércio de sangue e hemoderivados já podiam ser observados no Art. 199 – que trata da assistência à saúde como sendo livre a iniciativa privada - parágrafo 4º, onde fica determinado que a lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (BRASIL, 1988).

No entanto, foi a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a instituição da Lei Orgânica nº 8.080, no ano de 1990, que avanços foram dados e novas perspectivas puderam ser identificadas, no que diz respeito a regulamentação das ações e serviços de saúde, dos quais fazem parte os setores de sangue e hemoderivados, sendo determinado, de maneira específica, no artigo 6º, alínea XI, a formulação e execução da política de sangue e hemoderivados; essa mesma lei também determina em seu Art. 15º, alínea XIV, a implementação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, sendo exercido

tal competência pela União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e, além disso, o Art. 16º, alínea XVI, incumbe à direção nacional do SUS a normatização e coordenação nacional do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (BRASIL, 1990).

Contudo, mesmo diante desses avanços legais, até o ano de 2001, todos os aspectos ligados à doação e transfusão de sangue no Brasil eram feitos por meio de decretos, portarias e normas técnicas (BRASIL, 2010b). Porém, apenas com a criação da Lei nº 10.205, em 2001 - que regulamentou o parágrafo 4º do Art. 199 da Constituição Federal, e que trata da captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, sendo vedada qualquer tipo de comercialização no território nacional – que se estabeleceu a Política Nacional de Sangue para o Brasil (BRASIL, 2001). Como já havia sido determinado pelo Art. 6º, alínea XI, da Lei 8.080/90.

O mais recente documento legal desenvolvido para os serviços de hemoterapia, foi a Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016. Tendo em vista as necessidades quanto à revisão de aspectos técnicos pontuais ao regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, a fim de que se tenha uma prestação de serviços de assistência à saúde de forma efetiva e de qualidade, bem como a harmonização com as normativas sanitárias da saúde e da área de hemocomponentes e hemoderivados, tal portaria foi criada para redefinir o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. O regulamento técnico de que trata esta portaria, tem o objetivo de regulamentar a atividade hemoterápica no país, de acordo

com os princípios e diretrizes da Política Nacional do Sangue, Componentes e Derivados (BRASIL, 2016a).

Todos os aspectos contidos na legislação vigente são essenciais e precisam ser seguidos com rigorosidade, a fim de garantir a segurança do paciente em todo processo que se inicia na captação e segue até o momento da transfusão do sangue e seus derivados ao receptor. Portanto, para que desenvolva uma assistência de qualidade, o profissional precisa conhecer as normativas que envolvem seu processo de trabalho, a fim de garantir a segurança do paciente.

Nesse sentido, vale evidenciar também a RDC nº 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue e, conforme aponta seu Art. 2º, tal resolução objetiva estabelecer os requisitos de boas práticas a serem cumpridas pelos serviços de hemoterapia que desenvolvam atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue, componentes e serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais, a fim de que seja garantida a qualidade dos processos e produtos, a redução dos riscos sanitários e a segurança transfusional (BRASIL, 2014). Tal RDC foi alterada recentemente pela RDC Nº 75, de 2 de maio de 2016, sendo o principal objetivo da alteração decorrente da inclusão da obrigatoriedade de realização de testes de biologia molecular para detecção dos vírus da Hepatite B - HBV, na triagem de doadores de sangue (BRASIL, 2016b). Tem-se também a RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011, cujo objetivo consiste em estabelecer requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, na redução

e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (BRASIL, 2011a).

Diante do exposto, é possível identificar que existe um conjunto de leis federais, regulamentos técnicos e normativas que norteiam as ações voltadas à proteção do doador e receptor contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos sistemas de saúde nacionais. Nelas são enfatizadas o uso de testes laboratoriais de alta sensibilidade, assim como o desenvolvimento de sistemas de hemovigilância e a elaboração de regulamentos técnicos com ênfase em Boas Práticas de Fabricação (BPF) aplicados aos serviços de produção de hemocomponentes e baseados nas práticas de segurança do paciente submetido à transfusão de sangue (SILVA JÚNIOR; RATINNER; MARTINS, 2015).

É evidente o reconhecimento dos riscos inerentes ao processo de hemoterapia, por isso há necessidade de cumprir fielmente as exigências dos regulamentos sanitários e legais, além da obediência à legislação e ética profissional. Vale lembrar que a hemoterapia é uma atividade na qual a fiscalização exercida pelos órgãos competentes, ocorre de maneira ativa e constante e exige dos profissionais um olhar atento e disciplinado na execução das suas atividades (BRASIL, 2016a).

Conforme prerrogativas, a assistência hemoterápica necessita de um quadro de profissionais de saúde dotados da capacidade de compreender seus deveres, através do entendimento de suas responsabilidades. Nesse sentido, a busca por atualização permanente, utilizando-se das prerrogativas legais que possam nortear suas atividades, precisam ser

realizadas com frequência, pois, continuamente, há formulação de normativas ligadas a esse setor.

Levando em consideração tais aspectos, a fim de garantir uma Educação Continuada, através do Portal da Saúde, criado pelo MS, os profissionais têm a possibilidade de receber suporte educacional e de informação referente à sua prática, com temas importantes, proporcionando, assim, meios de qualificação aos profissionais que trabalham na Hemorrede Pública Nacional. Os desafios são inúmeros, porém o conhecimento específico e atualizado proporciona condições para atuar e intervir nas intercorrências que possam advir. Sem essa formação e conhecimento, torna-se difícil a garantia da qualidade dos serviços prestados nos hospitais, pronto atendimento e unidades hemoterápicas.

Conhecendo alguns aspectos importantes na Hemoterapia

a) Biossegurança

A biossegurança é essencial em todo processo da hemoterapia, uma vez que a mesma consiste no desenvolvimento de ações que visam prevenir, controlar, reduzir ou eliminar os riscos que são próprios das atividades desenvolvidas, riscos estes que comprometem, não somente a saúde do indivíduo, mas também do meio ambiente e tudo o que o compõe (ANDRADE; SANNA, 2007).

As normas da biossegurança englobam medidas que visam evitar, especificamente, riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos. Os chamados agentes físicos são as

diversas formas de energia as quais o indivíduo possa estar exposto; agentes químicos são substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar por via inalatória, pele/mucosa ou ingestão; agentes biológicos são as bactérias, vírus, fungos, parasitas, dentre outros; riscos ergonômicos são causados por qualquer fator que possa interferir psico e/ou fisiologicamente o indivíduo, causando-lhe desconforto e afetando sua saúde (COLSAN, 2011).

A Portaria nº 158/16, em seu capítulo II, destinado à garantia da qualidade, em sua seção III que trata da biossegurança, determina que os serviços de hemoterapia deverão manter procedimentos escritos a respeito das normas de biossegurança e devem ser seguidos por todos os funcionários, sendo estes capacitados, a partir de momentos destinados à Educação Continuada. Além disso, os serviços devem disponibilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC), a fim de garantir a segurança dos envolvidos nos processos (BRASIL, 2016a). Dentre os elementos que compõem as normas de biossegurança em saúde, temos: a higiene correta das mãos, locais adequados para desprezar os materiais perfuro cortantes, a separação correta dos resíduos, o uso adequado de EPI e EPC, dentre outros (PERDONSSINI et al, 2011).

b) Ciclo do sangue

O ciclo do sangue engloba todos os procedimentos técnicos relacionados à captação, registro e seleção de doadores; triagem clínico-epidemiológica; coleta de sangue; triagem laboratorial da amostra do doador; rotulagem, processamento e qualificação do sangue; armazenamento e distribuição de

hemocomponentes; e, procedimento transfusional. Todo esse processo é realizado de modo que as formas de contaminação e proliferação microbiana sejam minimizadas ao máximo ou mesmo inexistentes. Apesar dos riscos inerentes ao procedimento, a observação cuidadosa das normas de segurança leva a diminuição desses riscos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2010c; UNICAMP, 2008).

A qualidade do sangue e seus hemocomponentes inicia-se nas campanhas de doação voltadas a população e na seleção criteriosa dos possíveis doadores, através da triagem clínica, momento crucial para identificar determinadas patologias, conhecer as práticas de vida do candidato e não excluir os possíveis doadores (UNICAMP, 2008). As demais etapas consistem, exclusivamente, no conhecimento teórico-prático dos profissionais e das condições físicas e materiais oferecidos pelas instituições. O profissional necessita dominar a forma de manusear o material (formas de armazenamento, temperatura, dentre outros fatores), de forma que não gere nenhum dano a qualquer ser e nem ao meio ambiente. Além disso, as instituições precisam oferecer, aos profissionais, condições adequadas de trabalho, bem como quantitativo suficiente de funcionários e materiais adequados (BRASIL, 2010b; GARCIA, BONEQUINI JÚNIOR, 2015).

Sabe-se que o processo de transfusão de sangue é considerado uma prática segura, contudo, os riscos de contaminação estarão sempre presentes. Por isso, necessita-se conhecer as formas de evitá-los, a fim de não gerar comprometimentos a saúde do doador, do receptor ou dos profissionais envolvidos. É necessário prestar uma assistência

com qualidade e padrão exigido pelas normas da vigilância sanitária, garantindo a segurança do procedimento (GARCIA, BONEQUINI JÚNIOR, 2015; SILVA JÚNIOR, RATTNER, MARTINS, 2016).

- Hemovigilância e retrovigilância

A hemovigilância consiste num sistema de avaliação e alerta, que abrange todo o ciclo do sangue, cujo objetivo visa obter e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis, imediatos ou tardios, advindos da utilização de sangue e seus hemocomponentes, a fim de prevenir o aparecimento de eventos adversos, proporcionando o aumento da segurança transfusional, monitorando e gerando ações para correção de não-conformidades, ou seja, a hemovigilância monitora todo o processo (da captação até a transfusão) garantindo a sua qualidade e efetividade (BRASIL, 2015; BRASIL, 2013).

Por sua vez, a parte integrante da hemovigilância, a retrovigilância, consiste na averiguação retrospectiva relacionada a rastreabilidade das bolsas de doação de um doador que apresentou viragem de um marcador/soroconversão ou relacionado a um receptor de sangue que veio a apresentar marcador positivo para uma doença transmissível. Com isso, a rastreabilidade permite a investigação ascendente (do receptor ao doador) e a investigação descendente (do doador ao receptor). Desta forma, busca-se descartar ou confirmar a associação da transmissão com as transfusões através do resgate histórico da mesma (BRASIL, 2015).

A investigação é complexa, contudo os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes ajudam nessa averiguação, sendo possível diagnosticar corretamente as reações transfusionais (RT). São consideradas RT todos os efeitos indesejáveis, inesperados, eventos adversos, imediatos ou tardios, os quais podem ocorrer durante ou após o processo transfusional. As manifestações clínicas classificadas quanto ao tempo decorrido entre a transfusão e a reação, são divididas em: imediatas, caracterizadas por desconforto respiratório, taquicardia, tremores, calafrios, febre, sudorese, cianose, prurido, eritema, hematúria, urticária, hipertensão, hipotensão, dores articulares, entre outros; e, nas reações tardias, evidenciadas por febre, alterações na coloração da pele, fezes e urina, petéquias e/ou distúrbios no trato gastrointestinal (GARCIA, BONEQUINI JÚNIOR, 2015; BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que a notificação de alguma RT através de contaminação bacteriana ou qualquer doença transmissível deve ser realizada ainda durante a suspeita, não devendo esperar a confirmação para notificá-la. Concomitantemente, o serviço de saúde deve fornecer ações para o diagnóstico diferencial, informar ao serviço responsável pela coleta e processamento do sangue, para que mantenha sob quarentena as demais bolsas decorrentes da mesma coleta de sangue (BRASIL, 2015; BRASIL, 2013).

- Notivisa

As RT devem ser registradas no serviço onde ocorreram o evento, seja com sangue total ou seus hemocomponentes e, conseqüentemente, as medidas corretivas e preventivas necessárias também devem ser realizadas, além da notificação

ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) pela via mais rápida, mediante cadastro da instituição notificadora via site da Agência Nacional em Vigilância Sanitária (ANVISA). A NOTIVISA é um sistema criado para receber e gerenciar as notificações das RT relacionadas aos produtos sob vigilância sanitária. O gerenciamento vem sendo descentralizado, de forma que as esferas municipais e estaduais possam apoderar-se do monitoramento desses eventos. É de fundamental importância a notificação na NOTIVISA para que as ações de vigilância sanitária sejam realizadas (BRASIL, 2013).

c) Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS)

As diversas atividades humanas são geradoras de inúmeros resíduos, isso tem desafiado os trabalhadores das administrações públicas, sobretudo dos grandes centros. O número de matérias de difícil degradação e alta toxicidade tem aumentado, e o descarte inadequado tem gerado resíduos que danificam o meio ambiente e colocam em risco a qualidade de vida da população. Dentro dessa problemática estão os Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS), que vêm sendo colocados em evidência nos últimos anos (BRASIL, 2006).

De acordo com a RDC 306/04, o gerenciamento dos recursos de saúde consiste em procedimentos de gestão, cujo objetivo é diminuir a produção de resíduos e encaminhar de forma segura e eficiente aqueles que são gerados, proporcionando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (BRASIL, 2004). Nesse sentido, a Portaria nº 158/16 determina

que o descarte de sangue total, componentes e resíduos de laboratório deverá seguir os dispostos observados no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS), e deverão ser respeitadas as demais normas técnico-sanitárias pertinentes, editadas pela ANVISA e outros órgãos reguladores (BRASIL, 2016a).

O PGRSS deve ser elaborado pelo local gerador dos RSS, levando em consideração as características dos mesmos, bem como sua classificação. Tais planos devem ser compatíveis com as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos RSS, considerando todas as etapas do manejo, que leva em consideração desde a geração até a disposição final desses resíduos. O processo acontece da seguinte forma: segregação (separação dos resíduos de acordo com as características físicas, químicas, biológicas e os riscos envolvidos); acondicionamento (embalagem dos RSS em locais adequados, que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura); identificação (medida que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes através de símbolos, cores e frases); transporte interno (deslocamento dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta); armazenamento temporário (guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração); tratamento (aplicação de métodos, técnicas ou processos que alterem as características dos riscos próprios dos resíduos, diminuindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente); armazenamento externo (armazenamento

dos recipientes contendo os RSS até a realização da etapa de coleta externa); coleta e transporte externos (remoção dos RSS do local de armazenamento externo até a unidade de tratamento ou disposição final) (BRASIL, 2004). Todo esse processo deve ser articulado e efetivado pela gestão, através do PGRSS.

Em suas fases de acondicionamento, identificação, armazenamento temporário e destinação final, o manejo dos RSS será realizado segundo suas classificações, que seguem da seguinte forma, conforme legislação vigente:

- **Grupo A:** Resíduos que podem apresentar agentes biológicos, o que caracteriza um potencial para risco de infecção. Dependendo do microrganismo e do tipo de resíduo, pode-se ter um risco maior ou menor para infecção, o grupo A foi distribuído em 5 subgrupo (A1, A2, A3, A4 e A5), a fim de garantir a segurança de seu manejo. Nos serviços de hemoterapia e hematologia, os RSS gerados são, geralmente, os dos subgrupos A1 e A4. O subgrupo A1 consiste em: culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta, dentre outros. O subgrupo A4 consiste em: kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa,

entre outros similares; bolsas transfusionais vazias ou com volume residual póstransfusão, dentre outros.

- **Grupo B:** Resíduos com substâncias químicas que acarretem risco à saúde pública ou ao meio ambiente, de acordo com suas propriedades de inflamação, corrosão, reatividade e toxicidade.
- **Grupo C:** Materiais provenientes de atividades humanas que possuam radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear e para os quais a reutilização é inadequada ou não prevista.
- **Grupo D:** Resíduos que são semelhantes aos domiciliares, por não apresentarem riscos biológico, químico ou radiológico à saúde da população e ao meio ambiente.
- **Grupo E:** Materiais perfurocortantes ou escarificantes e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório e outros similares (BRASIL, 2011b).

O PGRSS deverá ser composto por 8 etapas: introdução, objetivos, equipe de trabalho, caracterização do serviço de hematologia e hemoterapia, diagnóstico da situação, plano de ação, indicadores de acompanhamento da efetividade da implantação do PGRSS e apêndices. Vale evidenciar duas dessas etapas: o diagnóstico, no qual serão apontados os aspectos ambientais do serviço, o manejo, a minimização dos resíduos, segurança e saúde do trabalhador; e o plano de ação, onde serão elencadas as atividades que serão desenvolvidas, para

que se alcance os objetivos propostos, com base no diagnóstico (BRASIL, 2012). É importante ressaltar que no plano de ações devem conter medidas preventivas e corretivas da saúde ocupacional (BRASIL, 2006).

Considerações finais

Os serviços que desenvolvem procedimentos de transfusão de sangue e seus derivados são indispensáveis, uma vez que são o suporte necessário para o desenvolvimento de uma gama de atividades nos diversos setores de saúde, como a realização de tratamentos, transplantes, quimioterapias e nas mais variadas cirurgias das instituições hospitalares.

Até o momento, nada pode substituir o sangue humano no processo terapêutico, isto é um fato. Por isso, esse processo faz-se tão complexo, pois o meio é único e os meios de obtenção requerem cuidados minuciosos, uma vez que os riscos de captação, transporte e transfusão são imensos e, se não forem desenvolvidos corretamente, esses procedimentos podem trazer sérios riscos aos pacientes. Além disso, ainda existem os riscos ambientais, relativos a todos os materiais utilizados para que o processo possa ocorrer. Tudo isso, exige do profissional e da gestão um conhecimento técnico e científico especializado, para que se preste uma assistência com responsabilidade e ética.

No Brasil, durante os últimos anos, muito se tem investido em tecnologia, treinamentos e programas de qualidade nos grandes centros de hemoterapia. Porém, a formação e o treinamento em serviço dos profissionais que se responsabilizam pela transfusão, fora destes centros, têm sido negligenciados,

necessitando de modificações em seus processos de trabalho, e isto compromete todo trabalho realizado antes que estes hemocomponentes cheguem ao receptor, que é o principal objetivo de todos estes esforços e investimentos do MS, através da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados.

É necessário rever a formação profissional e a estrutura de treinamentos nos serviços, entre outras medidas, para mudar essa situação. As mudanças para uma melhor assistência são de grande valia, visto que, a qualidade e segurança das transfusões de sangue são preocupações constantes dos especialistas, das autoridades de saúde, dos pacientes e da sociedade.

Por isso, é preciso que os profissionais que atuam nessa área busquem continuamente utilizar das prerrogativas legais e normativas para nortear suas atividades, já que os desafios são constantes, mas o conhecimento atualizado da temática corrobora para a prática segura na atuação da hemoterapia e das possíveis intercorrências que podem advir. Desse modo, o profissional envolvido no processo hemoterápico deve estar atento a toda problemática que envolve este setor, a fim de assegurar a pessoa, a família e a coletividade uma assistência livre de danos, executando, assim, o trabalho de forma consciente, com eficiência e eficácia.

Referências

ANDRADE, A. C; SANNA, M. C. Ensino de Biossegurança na Graduação de Enfermagem: uma revisão da literatura. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n.5, p. 569-72, out. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0034-71672007000500016> . Acesso em: 31 de agosto de 2017.

BRASIL. Congresso. Senado. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> . Acesso em: 28 de fevereiro de 2017.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> . Acesso em 28 de fevereiro de 2017.

_____. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4o do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm> . Acesso em: 01 de março de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde, Brasília, DF, jan. 2010a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html . Acesso em: 01 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Gestão de hemocentros**: relatos de práticas desenvolvidas no Brasil. I

curso de especialização em gestão de hemocentros: resumos das monografias finais. Brasília, 2010b. 674 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos

Hemoterápicos, Brasília, DF, fev. 2016a. Disponível em: <http://www.hemocentro.unicamp.br>. Acesso em: 31 de agosto de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue, Brasília, DF, jun. 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 31 de agosto de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 75, 2 de maio de 2016. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue, Brasília, DF, maio, 2016b. Disponível em: < http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/03.05.16_II.pdf > . Acesso em: 28 de fevereiro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, Brasília, DF, nov. 2011a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 31 de agosto de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: guia para a hemovigilância no Brasil.** Brasília, DF, 2015. 77p. Disponível em: <http://www>.

hemocentro.unicamp.br/dbarquivos/marco_conceitual_e_operacional_da_hemovigilancia.pdf . Acesso em: 01 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia de utilização do Notivisa como instrumento para o monitoramento das notificações de reações transfusionais. Brasília, DF, 2013. 55p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/404938/e+utiliza%C3%A7%C3%A3o+do+Notivisa+como+instrumento+para+o+monitoramento+das+notifica%C3%A7%C3%B5es+de+rea%C3%A7%C3%B5es+transfusionais/8072d3f1-8d71-4b6ca45f-1e29ea5d0a3a?version=1.1> . Acesso em: setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF, 2006. 182p. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf . Acesso em: 01 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, Brasília, DF, dez. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html . Acesso em: 02 de setembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Hematologia e hemoterapia**: guia de manejo de resíduos. Brasília, DF, 2011b. 236 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hematologia_hemoterapia_manejo_residuos.pdf . Acesso em: 02 de setembro de 2016.

NUNES, H. F; CHAMONE, D. A. F. Responsabilidade civil e a transfusão de sangue. **Rev. Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 32, n. 4, p. 339, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n4/a13v32n4.pdf> . Acesso em: 31 de agosto de 2016.

PERDONSSINI, L. G. B; DALMOLIN, I. S; SASSI, M. M; COSENTINO, S. F. Normas de biossegurança e adesão pelos profissionais de saúde de um hemocentro: estudo de campo. **Rev. Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 1093-98, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/1738/1441> . Acesso em: 05 de setembro de 2016.

PROIETTI, A. B. F. C.; CIOFFI J. G. M. Hemovigilância: verificação final da qualidade da transfusão. **Rev. Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 30, n. 3, p. 173-176, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v30n3/a01v30n3> . Acesso em: 02 de setembro de 2016.

SILVA JÚNIOR, J. B.; COSTA, C. S.; BACCARA, J. P. A. Regulação de sangue no Brasil: contextualização para o aperfeiçoamento. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 38, n. 4, p. 333–338, 2015. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33840/2437178/Modelo+Regulat%C3%B3rio+de+Sangue+no+Brasil/bb064194-64db-4acc-ac28-439c9c8bca32> . Acesso em: 02 de setembro de 2016

SILVA JÚNIOR, J. B; RATTNER, D; MARTINS, R. C. A. Controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil: uma abordagem para autoridades reguladoras. **Rev. Pan American Salud Publica**, v. 40, n. 1, p.1-8, 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br> . Acesso em: 04 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual para elaboração do plano de gerenciamento de resíduos dos serviços de hematologia e hemoterapia.** Brasília, DF, 2012. 54p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_plano_gerenciamento_residuos_hematologia_hemoterapia.pdf. Acesso em: 01 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia para o uso de Hemocomponentes.** 2. ed. Brasília, DF, 2010c. 142p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_uso_hemocomponentes.pdf. Acesso em: 04 de setembro de 2016.

COLSAN - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE COLETA DE SANGUE. **Manual de Hemoterapia.** 2011. 105p. Disponível em: http://www.colsan.org.br/site/images/pdf/manual_hemoterapia/manual_hemo_7ed.pdf. Acesso em: 04 de setembro de 2016.

DEVRIES, E. M; RAMRATTAN, M. A; SMORENBURG S. M; GOUMA, D. J; BOERMEESTER, M. A. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care**, v. 17, p. 216-223, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18519629>. Acesso em: 03 de setembro de 2016.

GARCIA P. C; BONEQUINI JÚNIOR, P. B. **Manual de Transfusão para Enfermagem.** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. São Paulo: Botucatu. 2015. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2015/01/manual-transfus%c3%83o-para-enfermagem-2015-e-book-a.pdf>. Acesso em: 04 de setembro de 2016.

UNICAMP. **Manual de orientações em Hemoterapia**. 2008. 129p. Disponível em: http://www.hemocentro.unicamp.br/dbarquivos/manual_de_orientacoes_em_hemoterapia.pdf . Acesso em: 05 de setembro de 2016.

Jamilton Alves Farias
Aline Lucena Mendes
Uberlândia Islândia Barbosa D. de Menezes
Carmem Rosângela Dias Aragão
Sônia Elisia Bueno Gomides

Introdução

Na última década, os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) vêm sendo transformado em objeto de debates, estudos, pesquisas e em desafio, sendo fortemente motivo de preocupação para as autoridades mundiais.

A realidade do Brasil não é diferente de outros países. Têm sido realizadas amplas discussões nacionais sobre a questão dos resíduos em serviços de saúde. Os órgãos de gestão pública têm desenvolvido legislações, mas, apesar dessa iniciativa, poucos municípios brasileiros gerenciam adequadamente os RSS.

O gerenciamento dos resíduos do serviço de saúde (RSS) é constituído por procedimentos de gestão, fundamentados e especificados em meio de bases científicas e técnicas, normativas e legais, objetivando diminuir a geração de resíduos de tal forma que o encaminhamento dos mesmos seja de maneira adequada como mensura a legislação vigente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente; conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 306 da ANVISA (BRASIL, 2004).

A Resolução nº 358 do CONAMA (2005), estabelece a elaboração e a implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde (PGRSS), para todos os serviços ligados a saúde. E de acordo com o Manual de Gerenciamento de Resíduos (BRASIL, 2005), o PGRSS é um documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo de resíduos sólidos, que corresponde às etapas de: segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, levando em consideração os riscos dos resíduos, as ações de proteção a saúde e ao meio ambiente.

Como disposto na RDC nº 306 da ANVISA (BRASIL, 2004), o PGRSS deverá ser compatível com as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados no serviço de saúde.

A resolução nº 358 do CONAMA (2005), esclarece que o PGRSS deverá ser realizado por profissionais devidamente habilitados por seus conselhos. Segundo a referida Resolução, a elaboração do PGRSS é feita em análise qualitativa e quantitativa do resíduo gerado pelo estabelecimento, no intuito de organizar sua forma correta de manuseio, agregando assim a responsabilidade de minimizar o que é gerado até sua destinação final.

Nessa análise devem ser consideradas as características e riscos dos resíduos, as ações de proteção à saúde do profissional e ao meio ambiente e os princípios da biossegurança, empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes.

O principal objetivo do PGRSS não é apenas reduzir a quantidade de resíduos com risco biológico, mas criar

uma cultura de segurança e do não desperdício, além do envolvimento coletivo.

Classificação dos RSS

Os resíduos de serviços de saúde são parte importante do total de resíduos sólidos urbanos, não necessariamente pela quantidade gerada (cerca de 1% a 3% do total), mas pelo potencial de risco que representam à saúde e ao meio ambiente (BRASIL, 2004).

De acordo com a RDC ANVISA nº 306/04 e Resolução CONAMA nº 358/05, os RSS são classificados em cinco grupos: A, B, C, D e E, em função de suas características e consequentes riscos que podem acarretar ao meio ambiente e à saúde. Abaixo descrevemos cada um dos cinco grupos:

Grupo A - engloba os componentes com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Exemplos: placas e lâminas de laboratório, carcaças, peças anatômicas (membros), tecidos, bolsas transfusionais contendo sangue, dentre outras.

Grupo B - contém substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Ex: medicamentos, reagentes de laboratório, resíduos contendo metais pesados, dentre outros.

Grupo C - quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades

superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, como, por exemplo, serviços de medicina nuclear e radioterapia etc.

Grupo D - não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Ex: sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resíduos das áreas administrativas etc.

Grupo E - materiais perfuro-cortantes ou escarificantes, tais como lâminas de barbear, agulhas, ampolas de vidro, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, espátulas e outros similares.

Tratamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde

Os Resíduos Comuns pelas suas características dispensam tratamento especial, mas os Resíduos Infectantes, antes de serem descartados, recebem métodos de tratamento com alguns aspectos importantes, como por exemplo: melhores resultados econômicos, sanitários e/ou ambientais.

A Resolução nº 306/2004 ANVISA e nº 358/2005 CONAMA definem '*Sistema de Tratamento de Resíduos Sólidos*' como "*conjunto de unidades, processos e procedimentos que alteram as características físicas, químicas ou biológicas dos resíduos e conduzem à minimização do risco à saúde pública e à qualidade do meio ambiente*".

Segue abaixo, um quadro, com a classificação, acondicionamento, identificação, armazenamento temporário e disposição final dos RSS, instituídos a partir da RDC 306

(BRASIL, 2004), que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Quadro1 - Classificação, tratamento e disposição final dos RSS segundo RDC 306 (BRASIL, 2004).

RESÍDUO GRUPO	RDC – ANVISA nº 306 – TRATAMENTO
GRUPO A1 - resíduo de laboratórios de manipulação genética, meios de cultura e materiais utilizados para o preparo do mesmo, resíduos de fabricação dos produtos biológicos, exceto hemoderivados.	Tratamento prévio na unidade geradora. O acondicionamento em saco branco leitoso, se não houver descaracterização física das estruturas, se houver descaracterização acondicionados como resíduos do GRUPO D.
GRUPO A2 - carcaças, peças anatômicas e vísceras de animais submetidos a processo de experimentação.	Tratamento antes da disposição final. Acondicionados em saco branco leitoso até 2/3 de sua capacidade ou uma vez a cada 24 horas e devidamente identificados "PEÇAS ANATÔMICAS DE ANIMAIS".
GRUPO A3 - Peças anatômicas e produto de fecundação com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 cm ou idade gestacional menor que 20 semanas.	Uma vez autorizado pelo órgão competente Município, Estado ou Distrito Federal, realizar sepultamento em cemitério. O tratamento é realizado por incineração ou cremação, com equipamento devidamente licenciado para esse fim. Acondicionados em saco vermelho até 2/3 de sua capacidade ou uma vez a cada 24 horas e devidamente identificados "PEÇAS ANATÔMICAS".
GRUPO A4 - Kits de linhas arteriais e venosas e dialisadores descartados. Filtros de ar e gases oriundos de áreas críticas.	Acondicionados em saco branco leitoso até 2/3 de sua capacidade ou uma vez a cada 24 horas devidamente identificados. Destino final sem tratamento prévio, em local licenciado para este fim.
GRUPO A5 - Materiais perfurocortantes ou escarificantes, fluidos orgânicos, tecidos, órgãos e outros materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos desde que tenha suspeita ou certeza de contaminação com príons.	Acondicionados em dois sacos vermelhos até 2/3 de sua capacidade, sendo expressamente proibido o seu esvaziamento e reaproveitamento. Destino final sistema de incineração, definido na RDC ANVISA nº 205/2002.

Compreendendo o gerenciamento do RSS

Diversos serviços de saúde são geradores de resíduos sólidos, dentre eles serviços, médicos, odontológicos, laboratoriais e farmacêuticos. Destes os hospitais são responsáveis pelo maior volume produzido de RSS entre os diferentes geradores de resíduos, aumentando cada vez mais a quantidade gerada. Há fatores que contribuem para o aumento da geração de RSS, como o intenso apelo para o consumo, o contínuo aumento da complexidade da assistência médica e desenvolvimento tecnológico, o elevado uso de materiais descartáveis, aliados à segregação inadequada dos resíduos (SISINNO; MOREIRA, 2005).

E o gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente. Deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo de RSS.

A gestão do serviço de saúde deve estar comprometida em construir e implementar o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde sendo ele o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo de resíduos sólidos. O PGRSS deve considerar as características e riscos dos resíduos, as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente,

os princípios da Biossegurança, e técnicas administrativas e normativas para prevenir acidentes.

O PGRSS deve contemplar medidas de envolvimento coletivo de maneira que seu planejamento envolva o conjunto de profissionais da instituição definindo responsabilidades e obrigações de cada um em relação aos riscos. O seu desenvolvimento deve estabelecer elo de ligação desde a sua elaboração e implantação com os setores de higienização e limpeza, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH ou Comissões de Biossegurança e os Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina no Trabalho - SESMT, onde houver obrigatoriedade de existência desses serviços, através de seus responsáveis, em consonância com as legislações de saúde, ambiental e de energia nuclear vigentes.

O comprometimento da gestão para desenvolvimento do PGRSS é fundamental para a segurança e o gerenciamento sustentável dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) pois estes são imperativos para a saúde pública e são responsabilidade de todos. O gerenciamento impróprio dos RSS expõe a significantes riscos pacientes, trabalhadores da saúde, a comunidade e o meio ambiente (WHO, 2007).

Na avaliação dos riscos potenciais dos resíduos de serviços de saúde (RSS) deve-se considerar que os estabelecimentos de saúde vêm sofrendo uma enorme evolução no desenvolvimento da ciência médica, com o incremento de novas tecnologias incorporadas aos métodos de diagnósticos e tratamento. Resultado deste processo é a geração de novos materiais, substâncias e equipamentos, com presença de componentes

mais complexos e muitas vezes mais perigosos para o homem que os manuseia, e ao meio ambiente que os recebe.

O gerenciamento deficiente dos RSS implica em má utilização dos materiais reaproveitáveis em destino inadequado dos resíduos, o que eleva o risco de acidentes de trabalho, destacando-se, principalmente os artigos perfurocortantes, ligados à maior taxa de transmissão de microrganismos, em especial os vírus da Hepatite B e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Destaca-se que grande parte dos acidentes de trabalho envolvendo RSS acontece com a equipe de Enfermagem.

Deste modo, é preciso refletir a cerca de outras questões ligadas aos resíduos produzidos pelos serviços de saúde para além da transmissão de doenças infecciosas e lembrar que os RSS estão diretamente ligados a saúde do trabalhador e questões de Biossegurança.

Compreendendo que biossegurança é o conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação dos riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços. Esses riscos podem comprometer a saúde do homem e animais, o meio ambiente ou a qualidade dos trabalhos desenvolvidos (TEIXEIRA, 1996).

Segundo à Norma Regulamentadora nº 6 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), toda empresa, incluindo os serviços de saúde estão obrigadas a fornecer aos empregados, gratuitamente, os Equipamentos de Proteção Individual adequado ao risco e em perfeito estado de conservação e funcionamento. E ao empregado compete as seguintes obrigações

quanto aos Equipamentos de Proteção Individual: usá-los apenas para a finalidade a que se destina; responsabilizar-se por sua guarda e conservação; não os portar para fora da área técnica; e comunicar ao empregador quaisquer alterações que os tornem impróprios para uso (BRASIL, 1978).

O MTE registra que todos os Equipamentos de Proteção Individual utilizados pelos profissionais que lidam com resíduos de serviços de saúde têm que ser lavados e desinfetados diariamente; sempre que ocorrer contaminação por contato com material infectante, os EPI devem ser substituídos imediatamente e enviados para lavagem e desinfecção.

Pensando em gerenciamento é preciso registrar o pacto firmado para o Brasil no que se refere aos Resíduos Sólidos na importante Agenda 21, que *constitui um marco mundial importante na busca do desenvolvimento sustentável a médio e longo prazo. É o principal documento da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano. É um documento que estabelece a importância de cada país em se comprometer a refletir, global e localmente, sobre a forma pela qual governos, empresas, organizações não-governamentais e todos os setores da sociedade poderiam cooperar no estudo de soluções para os problemas socioambientais.*

Este documento foi assinado por 170 países, inclusive o Brasil. O problema dos resíduos sólidos recebeu atenção especial. O tema foi discutido amplamente e, no capítulo 21, seção II - Buscando soluções para o problema do lixo sólido - são apontadas algumas propostas para o seu enfrentamento, entre as quais se destacam as seguintes recomendações:

Redução: do volume de resíduos na fonte (com ênfase no desenvolvimento de tecnologias limpas nas linhas de produção e análise do ciclo de vida de novos produtos a serem colocados no mercado);

- ▶ Reutilização: reaproveitamento direto sob a forma de um produto, tal como as garrafas retornáveis e certas embalagens reaproveitáveis;
- ▶ Recuperação: extração de algumas substâncias dos resíduos para uso específico como, por exemplo, os óxidos de metais etc.;
- ▶ Reciclagem: reaproveitamento cíclico de matérias-primas de fácil purificação como, por exemplo, papel, vidro, alumínio etc.;
- ▶ Tratamento: transformação dos resíduos através de tratamentos físicos, químicos e biológicos;
- ▶ Disposição final: promoção de práticas de disposição final ambientalmente segura;
- ▶ Recuperação de áreas degradadas: identificação e reabilitação de áreas contaminadas por resíduos;
- ▶ Ampliação da cobertura dos serviços ligados aos resíduos: incluindo o planejamento, desde a coleta até a disposição final.

Deste modo, com o gerenciamento e planejamento, a adequação dos procedimentos de manejo, o sistema de sinalização e o uso de equipamentos apropriados, não só é possível diminuir os riscos, como reduzir as quantidades de resíduos a serem tratados e, promover o reaproveitamento de grande parte dos mesmos pela segregação de boa parte dos

materiais recicláveis, reduzindo os custos de seu tratamento e disposição final que normalmente são altos.

O panorama no Brasil

Considerando que a destinação final dos RSS coletados pela maioria dos municípios é realizada de forma parcial, esse dado contribui significativamente para o desconhecimento sobre a quantidade total gerada e o destino real dos RSS no Brasil

Uma pesquisa realizada em 2014 revelou que dos 5.570 municípios brasileiros, 4.526 prestaram em 2014, total ou parcialmente, serviços relativos ao manejo dos RSS, levando a um índice médio de 1,3 kg por habitante/ano. O total coletado cresceu 5,0% em relação a 2013 enquanto que índice médio por habitante revelou um crescimento de 4,1% no mesmo período (ABRAELPE, 2012).

Tabela 1. Manejo dos Resíduos dos Serviços de Saúde por Região Brasileira.

Regiões	2013	2014		
	RSS coletado / Índice (Kg/hab/ano)	População Total	RSS coletado (t/ano)	Índice (K G / h a b / ano)
Norte	9.174/0.539	17.261.983	9.635	0,558
Nordeste	36.458/0.653	56.186.190	38.519	0,686
Centro Oeste	18.894/1.260	15.219.608	19.625	1,289
Sudeste	174.266/2.063	85.115.623	182.880	2,149
Sul	13.436/0.467	29.016.114	14.182	0,489
Brasil	252.228/1.254	202.799.518	264.841	1,306

Fonte: Pesquisa ABRAELPE, 2012.

Na região Nordeste a mesma pesquisa permitiu observar que dos 1.794 municípios que compõe a região, 1.312 prestaram em 2014, total ou parcialmente, serviços relativos ao manejo de RSS.

Considerações finais

Ao se comparar os dados publicados nas edições do Panorama, de 2010 a 2014, nota-se que a evolução na gestão de resíduos sólidos no país tem sido bastante lenta, apresentando até mesmo uma estagnação em vários pontos, o que impede a plena aplicação da Lei que instituiu a PNRS.

As constatações registradas demonstram que, no Brasil, leis e boas intenções não são suficientes para estimular mudanças e promover o desenvolvimento de um setor (PANORAMA, 2014)

Verifica-se a necessidade de se investir em treinamento dos gestores responsáveis pelo gerenciamento dos RSS, principalmente em relação ao conhecimento da legislação, e desta forma garantir a implementação de procedimentos e técnicas que assegurem a saúde do trabalhador e a proteção do meio ambiente.

Não há dúvida de que o gerenciamento adequado de RSS contribui para a redução da geração de resíduos em qualquer situação, especialmente em hospitais, além de minimizar os riscos aos profissionais envolvidos no manejo e também para o ambiente.

Todavia, como profissionais de saúde envolvidos no cuidado e no gerenciamento de nossas ações, é possível

mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, e atitudes em prol do gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços de saúde. Utilizando inclusive a educação permanente como uma estratégia para reflexão do processo de trabalho de todos envolvidos com as instituições de saúde.

Exercício

- O que você compreende por resíduos sólidos?
- O que você entende por gerenciamento de resíduos?
De quem é a responsabilidade pelo gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde?
- Descreva os tipos de tratamento de resíduos sólidos.

Referências

ABRELPE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE LIMPEZA PÚBLICA E RESÍDUOS ESPECIAIS. (2012) Panorama dos resíduos sólidos no Brasil 2011. Disponível em: http://www.abrelpe.org.br/abrelpe_quemsomos.cfm. Acesso em: 26 setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html. Acesso em: 29 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº6. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR6.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008. Rio de Janeiro, 2010.

SISINNO, C. L. S.; MOREIRA, J.C. Ecoeficiência: um instrumento para a redução da geração de resíduos e desperdícios em estabelecimentos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.21, n.6, p.1893-1900, 2005.

TEIXEIRA, P. Biossegurança: uma questão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safe healthcare waste management. (2007) WHO core principles for achieving safe and sustainable management of health-care waste. Geneva: WHO. Disponível em: http://www.healthcare-waste.org/fileadmin/user_upload/resources/WHO-core-principles-achieving-safe-sustainable-HCWM-2007.pdf. Acesso em: 26 setembro de 2016.

Maria Bernadete de Sousa Costa
Laura Cristhiane Mendonça Rezende Chaves
Anna Tereza Alves Guedes
Izabel Medeiros de Oliveira
Sanni Moraes de Oliveira
Sergio Vital da Silva Junior

Introdução

As discussões acerca da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) vêm se ampliando nas principais organizações internacionais de saúde e em diversos países desenvolvidos, como: Inglaterra, Austrália, Dinamarca, Suécia e Portugal. A gestão de risco na APS pode ser considerada como desafio global, tendo em vista que pouco tem se investido na prevenção dos impactos que os eventos adversos podem incidir sob os usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil e no mundo.

Desde a declaração de Alma-Ata, em 1978, se reconhece que a APS deve ser o primeiro serviço de contato dos pacientes com o sistema de saúde, por meio da assistência de médicos, clínicos gerais, e de uma equipe multiprofissional. Cada vez mais, se ampliam os procedimentos de saúde realizados neste nível de atenção, sendo, imprescindível, que se investiguem os incidentes relacionados ao cuidado prestado aos usuários.

A *Joint Commission Internacional (JCI)*, organização que estabelece e avalia padrões assistenciais dirigidos à segurança do paciente, estabelece como metas: identificar os pacientes

corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência e melhorar a segurança nos procedimentos que envolvem a administração de medicações de risco (JCI, 2007).

Em 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preocupada com as questões acerca da segurança e prevenção de danos e eventos adversos aos pacientes nos serviços de saúde, considerando a necessidade de disseminação de ações e procedimentos na APS, constituiu um grupo de estudo com objetivo de conhecer os métodos adotados na segurança do paciente na atenção primária. Os resultados revelaram que os métodos de segurança em cuidados primários ainda são incipientes, quando comparados com os dados de segurança do paciente no ambiente hospitalar. Diante destes resultados, a OMS recomenda que pesquisas e intervenções sobre o tema devam entrar nas agendas do sistema de saúde de todos os países por causa das oportunidades de melhoria da segurança do paciente (OMS, 2012).

No Brasil, a organização da rede de Atenção à Saúde compreende a atenção básica, média e de alta complexidade. Nesta estruturação, atenção básica ou primária à saúde são utilizadas como sinônimos, segundo as orientações emanadas da Política Nacional de Atenção Saúde (2011), que por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), deve ser o primeiro serviço de atendimento aos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). Ressalta-se que a ESF surgiu como um Programa na década de 1990, tendo como percussor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); período em que se iniciou

um processo de ampliação de acesso, aumentando o número de serviços disponibilizados e usuários atendidos pelo SUS (BRASIL, 2006).

A ESF responde por uma parcela expressiva da atenção e cuidado em saúde ofertada pelo SUS. Este modelo procura adotar práticas de uma atenção integral, interdisciplinar, multiprofissional e humanizada, onde a comunicação, a escuta qualificada e o acolhimento são elementos essenciais no âmbito da atenção ao usuário.

Em busca da melhoria contínua da qualidade nestes serviços, o Ministério da Saúde desenvolveu modelos de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), e em 2011, o “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Os aspectos relacionados com a qualidade da prestação dos serviços ganharam mais visibilidade, a partir da criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013, também recomendado pelo Ministério da Saúde, que incluiu a APS nas discussões, despertando o interesse de gestores e profissionais de saúde e a população em geral, acerca da temática (BRASIL, 2013)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) responsabilizou-se pelo Plano Nacional de Ações de Segurança do Paciente, conforme Portaria MS/GM nº 529/2013, de acordo com prioridade para à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.

A referida portaria, definiu como objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente: Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e, fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, observa-se que o PNSP, se apoia em quatro eixos centrais que compreendem: 1) o estímulo a uma prática assistencial segura; 2) o envolvimento do cidadão na sua segurança; 3) a inclusão do tema no ensino; 4) e o incentivo de pesquisas sobre o tema. São também contemplados pelo programa a prevenção e redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), procedimentos como higienização das mãos, procedimentos clínicos seguros, segurança na utilização de sangue e hemoderivados; e a administração segura de injetáveis.

No que se refere à gestão de risco em saúde como sistema complementar, a segurança e a prevenção de danos e eventos adversos na APS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária considera o gerenciamento de riscos como a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a institucional. Para que o programa seja eficaz, o processo

de gestão de risco deve envolver planejamento, organização, direção e controle dos recursos humanos e materiais de uma organização, visando reduzir consideravelmente, os efeitos dos riscos sobre esta organização (BRASIL, 2013b).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária acrescenta, que o risco é a combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano. Assim, o gerenciamento de riscos compreende a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das consequências ou probabilidade de ocorrência nos serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

É importante destacar o fenômeno do aumento da complexidade tecnológica com esta implementação, houve uma ampliação das funções clínicas da APS, ou seja, os cuidados que eram prestados em nível hospitalar passaram a ser realizados nesse nível de atenção. Para atender a essa demanda, os serviços da rede básica de saúde devem ser organizados sob a premissa de que os profissionais de saúde são passíveis de cometer erros, cabendo ao SUS criar mecanismos que reduzam o risco de ocorrência de falhas e, principalmente, evitar que comprometam a integridade do usuário do serviço.

Logo, os Eventos Adversos (EA) podem ser resultados de deficiências ou falhas na estrutura do serviço ou no processo que envolve os erros administrativos, os de investigação de exames e tratamento. Destacam-se também as falhas de conhecimento e de competência profissional, do processo de comunicação e de gestão de recursos humanos que podem gerar tais eventos (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2015).

É importante enfatizar que existem riscos ocupacionais o qual acometem os trabalhadores atuantes na APS e, que

comprometem a segurança dos usuários. Muitas vezes, as UBS possuem problemas estruturais e de instalações; níveis elevados de riscos biológicos, por meio do contato com sangue, patógenos e materiais perfuro cortantes; riscos químicos, em virtude de exposições respiratórias, drogas potenciais; e, ainda, a presença de riscos ergonômicos como levantamento de peso e tarefas repetitivas (FELDMAN, 2008).

Assim, atribui-se a falta de segurança dos usuários nos serviços de saúde da atenção básica, as dificuldades técnicas e socioeconômicas próprias da complexidade das organizações de saúde e ao seu cenário multifatorial nas situações que levam ao Evento Adverso. Estas dificuldades trazem como consequência: a perda de confiança nas organizações de saúde e seus profissionais, com isso, a degradação das relações entre aqueles e os usuários; o aumento dos custos, sociais e econômicos, variando a sua dimensão na razão direta dos danos causados; a redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados/desejados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados (CORBELLINI et al., 2011).

Considerando que o cuidado em saúde é produto de um sistema, e que a segurança do paciente deve ser um dos pilares que norteiam as ações nos serviços de saúde, faz-se necessário à implementação da gestão de risco na APS com vistas à adoção de medidas sistemáticas, para a identificação de riscos específicos das UBS, tanto no que se refere ao ambiente, quanto ao tipo de cuidado a ser prestado, focando na melhoria da qualidade da assistência em saúde e segurança do usuário, obtendo, a minimização de eventos adversos nesses ambientes.

Com base nessa problemática e na escassez de estudos sobre a temática, esse capítulo tem o objetivo de apresentar a segurança do paciente, os principais riscos e eventos adversos ocorridos na APS e as estratégias que podem ser adotadas para o gerenciamento de riscos neste nível de atenção à saúde.

Eventos adversos na atenção primária à saúde

Os problemas relacionados à segurança do paciente não ocorrem apenas nos hospitais, mas atingem também os / usuários que recebem cuidados primários. Existem riscos específicos na APS, tanto devido ao ambiente, quanto ao tipo de cuidado de saúde prestado. As organizações de saúde se caracterizam por serem sistemas de grande complexidade, devido essencialmente à missão para que estejam orientadas; às atividades que desenvolvem; às características do seu público-alvo; aos processos que desenvolvem; e, aos profissionais que nelas trabalham (LAVRAS, 2011).

Os usuários da APS estão submetidos a vários riscos e o seu reconhecimento pode efetivar-se mediante a análise sobre as características sociais do território, da disponibilidade de recursos materiais, estruturais e da integralidade dos serviços para este fim, bem como do processo de trabalho em urgência da equipe multidisciplinar da ESF, incluindo protocolos operacionais, qualificação, competências e limitações (NÓBREGA; BEZERRA; SOUSA, 2015).

A ocorrência de incidentes em cuidado de saúde primária está estimada entre 05 a 80 vezes por 100.000 consultas. Pesquisa realizada na Holanda revelou que drogas administradas no

domicílio foi uma importante causa de hospitalização agudas, com quase 50% de internações potencialmente evitáveis (PAESE; SASSO, 2013).

Estudo que buscou sintetizar as produções científicas acerca dos principais incidentes ocorridos na APS, no mundo, identificou que os principais fatores relatados foram: falhas na comunicação interprofissional com o paciente; falhas na gestão, tais como: falta de insumos médico-cirúrgicos e de medicamentos; profissionais pressionados para serem mais produtivos em menos tempo; falhas em prontuários; falhas na recepção dos pacientes; planta física da unidade de saúde inadequada; descarte inadequado de resíduos da unidade de saúde; tarefas excessivas e falhas no cuidado (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

Os autores destacaram às falhas no cuidado e foram enfatizadas negligência no tratamento medicamentoso (principalmente erro na prescrição); falha e demora na realização do diagnóstico; espera na obtenção de informações e interpretação dos achados laboratoriais; falhas em reconhecer a urgência da doença ou suas complicações; e o déficit de conhecimento profissional. Ficou evidente no estudo, a ausência de pesquisas desta natureza no Brasil (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

Os erros na administração de medicamentos são recorrentes nas APS. Embora a administração destes resultem em benefícios potenciais para os usuários, os medicamentos administrados erroneamente podem ter efeitos deletérios, se não letais. Os erros podem acontecer ao se ministrar medicamento para uma pessoa, para a qual, esse remédio não havia sido

prescrito, em dose ou horário incorreto, em via de administração não indicada ou utilizando-se de um procedimento técnico incorreto (CARVALHO, et al., 1999).

Percebe-se, que os Eventos Adversos Medicamentosos (EAM) são prevalentes tanto na atenção secundária e terciária como em outros níveis de atenção à saúde. Os eventos adversos são incidentes indesejáveis, porém preveníveis, que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em danos ao usuário, podendo gerar um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou algum efeito nocivo como doença, lesão incapacidade ou morte, podendo ser de forma física, social ou psicológico (WHO, 2005).

Na APS tais erros, sejam na prescrição ou na dispensa dos medicamentos, em geral são mais graves do que aqueles que ocorrem no ambiente hospitalar, porque muitas vezes, os usuários não são monitorizados de perto pelos profissionais de saúde. Os EAM são evitáveis e, para além das consequências para os indivíduos afetados (desconforto físico e/ou psicológico, incapacidade, insatisfação, perda de rendimento), acarretam considerável desperdício para o sistema de saúde e para a sociedade (DE LYRA JÚNIOR et al., 2010).

Vale salientar que, a vacinação é um dos principais instrumentos utilizados na saúde pública para a prevenção de doenças de alta morbimortalidade, e isso chama a atenção para alguns fatores que podem interferir na imunogenicidade, na reatogenicidade e na eficácia das vacinas (RODRIGUES; PASCHOALOTTO; BRUNIERA, 2012).

Na sala de vacina, a segurança do usuário está relacionada, principalmente, com os aspectos pessoais ou da própria

vacina. A resposta do organismo e a condição imunológica do paciente estão diretamente ligadas às peculiaridades de cada usuário. Alguns eventos adversos (EA) estão relacionados aos componentes das vacinas e a sua produção, além das predisposições orgânicas dos indivíduos. Porém, as principais causas de EA na sala de vacina são as falhas nas técnicas de preparo e administração (TERTULIANO; MASZLOCK, 2016).

O erro humano é uma das iatrogênias mais frequentes na vacinação, e observa-se uma sucessão de pequenas falhas que chegam a comprometer a credibilidade que os imunobiológicos vêm conquistando nas últimas décadas, e diante dessa condição aparece a preocupação com a orientação e o monitoramento dos profissionais que manuseia estes materiais (RODRIGUES; PASCHOALOTTO; BRUNIERA, 2012).

É importante salientar que os riscos associados aos procedimentos mais comuns realizados na APS são pouco conhecidos, com exceção daqueles referentes à imunização. Comumente são realizados na APS procedimentos com certo grau de invasividade, como coleta de exames colpocitológico, inserção de dispositivo intrauterino (DIU), cauterização de colo de útero, glicemia capilar, inalações, curativos, administração de injetáveis, para os quais se pode antecipar algum evento adverso associado. Quanto aos procedimentos odontológicos, é bem reconhecido o risco associado à aquisição de vírus (ex.: hepatite B, HIV), porém são raros os relatos de infecções relacionadas à assistência à saúde causada por bactérias (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

Estas infecções são impactantes porque causam aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos,

prolongada incapacidade, sobrecarga financeira maciça, alto custo para os usuários e suas famílias, e a morte. As mãos dos profissionais da área da saúde servem como principal veículo de infecções cruzadas em hospitais, clínicas, sistemas de assistência à saúde, consultórios e postos de saúde (LOCKS, et al., 2011).

Considerando a ESF, como eixo reorganizador da atenção básica, tornam-se evidentes problemas relacionados aos recursos humanos, tais como: a inadequação de composição das equipes frente às demandas sociais, demográficas e de segurança para o usuário, visto que eles são responsáveis diretamente pela qualidade da atenção à saúde no nível de prevenção prestada aos indivíduos na APS. Outro aspecto considerado é a escassez de material nas unidades, fator causador de desgaste físico e mental, responsável pela insatisfação dos profissionais, o que pode gerar insegurança que têm como consequência a baixa produtividade, absenteísmo e propensão a acidentes ocupacionais influenciando, na segurança do usuário (MEDEIROS et al., 2014).

Sabe-se que a segurança, frequentemente definida como livre de lesão psicológica e física é uma necessidade humana básica que deve ser satisfeita. Na APS destacam-se, erros relacionados ao diagnóstico realizado por médicos ou a letra ilegível da prescrição e a identificação incorreta do paciente/ usuário; a carência de conhecimento dos profissionais sobre a realização de ações preventivas, terapêuticas, de reabilitação e de promoção de saúde; a falta de adoção de medidas padrão de segurança como uso de Equipamentos de Proteção Individual

(EPI) por parte dos profissionais; e, a precária higienização das mãos (BRASIL, 2011).

Outro fator importante que pode induzir ao erro, diz respeito às falhas de comunicação interprofissional, entre profissional e usuário, como a falta de esclarecimento de diagnóstico, falta de instruções corretas sobre uso de medicamentos e falta de notificação de eventos. Por isso, cabe ao profissional de saúde transmitir as devidas informações ao usuário, de acordo com a situação, considerando o grau de escolaridade e as especificidades culturais e linguísticas.

Estratégias para o gerenciamento de riscos na atenção primária à saúde

Diante dos problemas que geram riscos à segurança dos usuários, a National Patient Safety Agency (NPSA) destaca algumas estratégias para promover a segurança e prevenção dos riscos mais frequentes na APS com base nos sete passos: 1) implantação da cultura de segurança, onde seja possível as equipes de saúde reconhecer e aprender com os erros; 2) identificar as causas do EA relacionada a processos e não pessoas; 3) compartilhamento de informações; 4) liderar e apoiar as equipes de atenção primária, desenvolvendo ações com foco na segurança do usuário; 5) realizar planejamento anual com capacitações; 6) analisar eventos (JOINT COMMISSION RESOURCES, 2007).

A NPSA destaca que é fundamental incentivar a notificação de EA e o envolvimento e comunicação com usuários e comunidade, além de promover aprendizado com

base na análise do EA e discussões de eventos significativos, e implementando soluções para prevenir danos, de maneira participativa.

Assim, alcançar uma cultura de segurança requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados (SORRA et al., 2009).

Estudo realizado com profissionais da APS evidenciou que os mesmos consideram como aspectos importantes para a cultura de segurança do paciente na APS, as condições de trabalho e a comunicação e gerência do centro de saúde. Na perspectiva dos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiros que participaram desta pesquisa, a atitude de segurança considerada de maior importância foi a Segurança do Paciente; por outro lado, a variável com menor relevância para essas categorias foi à atitude do Erro. Esses resultados nos levam a refletir que os profissionais que não identificam o erro como uma atitude para a cultura da segurança do paciente (PAESE, DAL SASSO, 2013).

Pesquisas mostram, que capacitação e treinamento, melhoria dos processos de trabalho, incluindo-se a criação de protocolos, disponibilização de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade, bem como quantitativo adequado de profissionais, são necessidades evidenciadas (MELLO; BARBOSA, 2013).

Destaca-se a importância de uma cultura de segurança justa nas organizações de saúde, onde não haja punição para os erros, mas sim para condutas impróprias; que seja uma cultura

voltada para o relato dos erros em um ambiente seguro, que estimule as pessoas a conversarem sobre as falhas ocorridas, que analise as situações as quais precederam, identificando os pontos frágeis do sistema para que esses sejam reparados (REASON, 2005).

Considera-se que existem princípios básicos para manter a segurança do paciente na APS, e, sua utilização, auxilia na diminuição dos riscos à segurança do paciente. A identificação correta do usuário, a higienização das mãos, procedimentos de imunização corretos, envolvimento do usuário com a própria segurança, a comunicação efetiva, a prevenção de quedas e a segurança na utilização de novas tecnologias.

Quanto aos erros de vacinação, destaca-se a necessidade da adoção das normas da rede de frios e das técnicas de administração, o conhecimento do esquema vacinal, e evitar os fatores humanos que contribuem para os erros, que são fatores institucionais como o gerenciamento, a falha de equipamentos e a manutenção, fatores ambientais, como: barulho, calor, agitação, etc. Fatores relacionados ao conhecimento e habilidades dos profissionais como a ausência de treinamento, procedimentos e técnicas inadequadas, fatores fisiológicos como sono e fadiga e os fatores relacionados à notificação, considerando que os erros na sala de vacina devem ser notificados e acompanhados (TERTULIANO; MASZLOCK, 2016).

Os serviços de saúde devem ser organizados sob a premissa de que os profissionais são passíveis de cometer erros, cabendo ao sistema, criar mecanismos que reduzam o risco de ocorrência de erros e, principalmente, atinjam o paciente (MARCHON, 2015).

Sabe-se, que em muitas instituições, o número de profissionais é reduzido, se analisadas as diversas tarefas e responsabilidades assumidas pelos profissionais (registro, arquivo, pré e pós consulta, lactário, vacinação, medicação, colheita de material, lavagem e esterilização de material, etc.) gerando um acúmulo das atividades exercidas por um único profissional, nesse contexto, os erros podem acontecer. Portanto, o dimensionamento correto de profissionais nos serviços de saúde também corresponde a uma estratégia para a gestão de risco (CARVALHO, et al, 1999).

Sob a égide da segurança do paciente, a padronização de equipamentos e tecnologia é uma estratégia relevante, e tem sido estimulada para reduzir os erros provocados por meio da dependência de memória e para ajudar os indivíduos a utilizar dispositivos e tecnologia de forma segura e eficiente. Além disso, os equipamentos e tecnologias devem ser avaliados do ponto de vista da segurança do paciente antes de sua aquisição e implementação, incluindo a avaliação das habilidades necessárias do profissional, as preocupações de engenharia, as questões de controle de infecção dentre outras, sendo imprescindível que sejam testados antes da utilização e que possuam sistemas que identifiquem e antecipem os erros para evitá-los (SHOSTEK, 2007).

No Brasil, a APS corresponde a uma rede que deve planejar, ofertar e executar ações de saúde no nível individual e coletivo contemplando a promoção, a prevenção de agravos priorizando à segurança do paciente, além do diagnóstico precoce e o tratamento de doenças, a reabilitação e a manutenção da saúde. Quando a APS 'ocupa esse papel na organização das

redes integradas, ela é capaz de melhorar as condições de saúde da população com equidade, diminuir custos, reduzir os riscos e eventos adversos, aumentar a satisfação dos usuários (OPAS/OMS, 2011).

O equilíbrio adequado entre atividades promocionais, preventivas e curativas é variável, dependendo das necessidades em saúde de cada comunidade. Esta estratégia deverá ser alcançada se as equipes de APS estiverem capacitadas para reconhecer, prevenir e tratar as necessidades e os problemas mais frequentes, principalmente de segurança.

Ressalta-se, que não somente os usuários estão expostos aos eventos adversos, mas os profissionais estão igualmente expostos aos riscos ocupacionais. A gestão de risco acompanha a formulação de um programa de segurança do trabalho eficiente, constante e integrado. O esforço de segurança deve ter um resultado final compatível com o custo e exigências dessa missão, pois de outra forma sua própria existência não teria sentido.

Na APS, o conjunto de intervenções de saúde é desenvolvido por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, que privilegiam o trabalho em equipe, dirigidos a populações de territórios (território-processo) delimitados. No exercício dessa atividade se utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações, sendo considerado o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde (LAVRAS, 2011).

Tal observância é relevante e remete a necessidade de capacitação dos trabalhadores quanto à biossegurança, saúde e segurança no trabalho, incluindo esclarecimentos acerca dos benefícios da vacinação contra Hepatite B. Portanto, essas atualizações precisam fazer parte de um plano de educação permanente em longo prazo, seguidas de mecanismos de avaliação postadas para cada realidade vigente.

Considerações finais

A gestão de risco e segurança do usuário está relacionada ao trabalho e a ocorrência de acidentes na atenção primária à saúde, ainda é pouco considerada. Na APS, os profissionais de saúde ao prestarem assistência ao usuário, estão expostos a eventos adversos, erros e riscos relacionados com o labor, que podem ser causados por fatores químicos, físicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais.

Observa-se a necessidade de ampliar a cultura de segurança na atenção primária à saúde, a fim de habilitar usuários e profissionais para reconhecerem e gerenciar os eventos adversos, sendo sensíveis à sua capacidade compartilhada para a mudança, reduzindo erros e tensões entre profissionais e população. Estudos mais aprofundados podem auxiliar a ação dos gestores para a realização do planejamento e desenvolvimento de estratégias organizacionais com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado na atenção primária à saúde (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2015).

Considerando que na APS, os usuários e profissionais de saúde estão expostos aos mesmos fatores de riscos tanto

quanto os que se encontram em instituições hospitalares, e que estes afetam diretamente a segurança do paciente, torna-se fundamental que as instituições incluam planos de ações de gerenciamento de risco nas unidades de saúde que possam ser aliadas no processo de trabalho com toda a estrutura do serviço, incluindo: as ações de prevenção, o planejamento das instalações, a elaboração de procedimentos operacionais, a escolha dos equipamentos, a gestão de pessoal e o aprimoramento das habilidades e do conhecimento da equipe de saúde, fator primordial para a segurança e minimização de eventos adversos, erros e conseqüentemente para melhoria da qualidade de segurança do usuário.

Diversos estudos da OPAS/OMS (2012) apontam que uma equipe de APS qualificada pode resolver de 85 a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade. Portanto, as equipes devem buscar junto a outros setores sociais, como o de educação, desenvolvimento humano, dentre outros, buscando assim a complementaridade necessária às suas ações e práticas, visando atender os requisitos essenciais da promoção da saúde, tratar as pessoas, controlar as doenças crônicas, diminuir a solicitação de exames, racionalizar os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade. Para isso, é fundamental que as unidades estejam vinculadas à rede de serviço, de modo que seja assegurada a referência e a contra referência para os demais níveis de complexidade.

A comunidade espera que os profissionais da equipe de saúde da família estejam preparados para dar solução aos principais problemas de saúde da área, organizando sua atividade em torno de planejamento de ações, saúde, promoção

e vigilância, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral à família. Todas essas ações devem ser acompanhadas e avaliadas pelas ESF e Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), para verificar se realmente os indicadores de saúde de sua área estão contribuindo para melhorar as condições de segurança e de saúde do usuário.

Exercício

1. Descrever os principais objetivos do Programa Nacional de Ações Segurança do Paciente/ANVISA estabelecidos na Portaria MS/GM nº 529/2013.
2. Destacar os quatro eixos centrais de apoio do PNSP para uma prática assistencial segura na APS.
3. Fazer a distinção entre evento adverso e risco.
4. Considerando que os problemas relacionados à segurança do paciente não ocorrem apenas nos hospitais, mas atingem também os usuários que recebem cuidados primários. Identifique os principais riscos que afetam a segurança dos profissionais e usuários na Atenção primária à saúde.
5. Elencar as dificuldades e consequências da falta de segurança dos usuários nos serviços de saúde da atenção básica.
6. Elabora um Plano de gestão de risco para as unidades de APS.

Referências

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Boletim informativo Segurança do Paciente e Qualidade em serviços de saúde**. Brasília: 2013b. n. 1. vol. 1. [Internet]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>. Acesso em: 30 de janeiro de 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 6v. – (Série B. textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- CARVALHO, V.T.; CASSIANI, S.D.B.; CHIERICATO, C.; MIASSO, A.I. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Rev Latinoam Enferm**, v. 7, n. 5, 1999, pp.67-75.
- CORBELINNI, V. L et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Bras Enferm**, Brasília 2011 mar-abr; 64(2):241-7.
- DE LIRA Júnior DP, de Souza Siqueira J, da Silva DT, Almeida LB, da Silva WB, Sousa P, Guerreiro MP. **Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção**. 2010.

DE VRIES EN, RAMRATTAN MA, SMORENBURG SM, GOUMADJ, BOERMEESTER MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Qual Saf Health Care** [internet]. 2008 [cited 2014Mar 21]; 17 (3): 216-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569153>.

FELDMAN, L.B (Organizadora). **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008, 376p.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Manual Internacional de padrões de acreditação hospitalar**. 3.ed. Estados Unidos: Joint Commission Resources, 2007.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n.4, 2011, p. 867-874.

LOCKS, L.; LACERDA, J.T.; GOMES, E. SERRATINE, A.C.P. Qualidade da higienização das mãos de profissionais atuantes em unidades básicas de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3. 2011, p.569.

MARCHON, S.G. MENDES JUNIOR, W.V. A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. 109p.

MARCHON, S.G; MENDES JUNIOR, W.V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, Sept. 2014 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901815&lng=en&nrm=iso . access on 11 Aug. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114113>.

MEDEIROS, Ana Lúcia, et al. Gerenciamento de riscos e segurança no trabalho em unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 4, 2014, p. 341-348.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 4, Florianópolis, out.-dez. 2013, p. 1124-33.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). Seven steps to patient safety for primary care. National Patient Safety Agency. May, 2006. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59804>. Acesso em 30 de janeiro de 2017.

NAVEGADORSUS. Brasília: Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, n.3, 2011.

NÓBREGA, D.M.; BEZERRA, A.L.D.; SOUSA, M.N.A. Conhecimentos, atitudes e práticas em urgência e emergência na atenção primária à saúde. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, Vitória da Conquista, v.8, n.2, p.141-157, jul./dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS – BRASIL. Inovando o papel da Atenção Primária nas Redes de atenção à Saúde, 2012.

PADOVEZE, M.C.; de FIGUEIREDO, R.M. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48,n. 6, pp.1137-1144. 2014.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, Florianópolis, Abr.-Jun. 2013; p. 302-10.

REASON, J. Beyond the organizational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. **Qual Safety Heal Care**, 2004; 13 (Supl.2): p. 28-33.

RODRIGUES, I. C.; PASCHOALOTTO, A. A.; BRUNIERA, E. L. L. Procedimentos inadequados em sala de vacina: a realidade da região de São José do Rio Preto. BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online) vol.9 n.º.100 São Paulo abr. 2012.

SHOSTEK, K. Critical care safety essentials. **Patient Safety Quality Health Care**. v. 4, n. 5, Sep.-Oct. 2007, p. 44-8.

SORRA, J.; FAMOLARO, T., DYER, N.; NELSON, D.; KHANNA, K. **Hospital survey on patient safety culture**. Rockville (US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2009.

TERTULIANO, G.C.; MASZLOCK V.P.; **Segurança do Paciente e Sala de Vacinas. Revista Cuidado em Enfermagem** - CESUCA - v. 2, n. 2, p. 5-14, jan. de 2016.

WORD HEALT ORGANIZATION - WHO. Word alliance for patient safety: for ward program. Genebra, 2005.

7

GESTÃO DE RISCO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA DE ATUAÇÃO HOSPITALAR

Ana Lúcia de Medeiros
Alberiza Veras de Albuquerque
Adriana Gonçalves de Barros
Karelline Rosenstock Izaltemberg Vasconcelos
Luciana Ferreira de Souza

Introdução

Os hospitais como unidades prestadoras de cuidados de saúde caracterizam-se por serem organizações complexas, que envolvem profissionais de saúde, com o intuito de desenvolverem ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população em geral, assistindo o ser humano, avaliando as suas necessidades de forma holística e implementando a assistência nas condições e no local em que se encontram. Envolvem igualmente profissionais que executam atividades que, embora não estejam diretamente relacionadas com a prestação de cuidados, são fundamentais para que possam ocorrer de forma adequada, com perícia técnica e ética valorizando as relações humanas entre os usuários e os membros da equipe de saúde (VIEIRA, 2009).

Os hospitais são constituídos por um conjunto de serviços, muito diversificados e especializados, que, na maioria das vezes, englobam atividades que conduzem ao diagnóstico e ao tratamento de doentes, ao qual está frequentemente associado a um conjunto de informações fornecidas por serviços especializados. Nesse contexto, pode-se inferir que

o ambiente hospitalar oferece múltiplos e variados riscos profissionais, específicos pelo tipo de atividade desenvolvida e das características inerentes ao desempenho profissional que dependendo da vulnerabilidade de cada profissional pode surgir em maior ou menor grau.

Risco é toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo ou ambiente de trabalho possa causar danos à saúde, seja por meio de acidentes, doenças ou do sofrimento dos trabalhadores, ou ainda por poluição ambiental (PORTO, 2001).

Enquanto, a vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de fatores que podem aumentar ou diminuir o risco a que estamos expostos em todas as situações de nossa vida. Essas chances variam e são dependentes tanto de fatores biológicos como sociais e culturais, envolvendo, aqueles do ambiente de trabalho, assim como aos relacionados aos profissionais (JUNGUES, 2007).

Na perspectiva da vulnerabilidade dos profissionais de saúde, o caminho que pode levar o trabalhador a um acidente de trabalho ou ao desenvolvimento de doenças por exposição aos riscos ocupacionais é determinado por um conjunto de condições individuais e institucionais, dentre as quais o comportamento é apenas um deles, pois o contexto, as condições coletivas e os recursos para o seu enfrentamento produzem maior suscetibilidade aos agravos em questão (VIEIRA; PADILHA, 2008).

Os profissionais de saúde que trabalham em ambiente hospitalar estão expostos a diversificados riscos, entre eles, os causados por agentes biológicos, químicos, físicos, os riscos

mecânicos e ergonômicos. Diante dessa complexidade de risco, houve a criação de uma Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), de abrangência interministerial, para buscar a integralidade e articulação das ações desenvolvidas, estabelecendo diretrizes, responsabilidades institucionais, financiamento, gestão, acompanhamento e controle social nesse campo (BRASIL, 2004).

Nessas circunstâncias, não há como pensar em intervenções e/ou medidas de prevenção voltadas somente ao trabalhador, sem considerar as situações que interferem em seus comportamentos privados e sem acessar os elementos externos, tais como: políticos, econômicos, culturais e dos gestores das instituições de saúde, que podem apoiar e direcionar os trabalhadores, numa perspectiva de maior ou menor autoproteção (RIBEIRO et al., 2010).

A necessidade de prevenir os riscos profissionais associados ao manuseio de equipamentos perigosos, a exposição a agentes infecciosos, a fatores de natureza física, entre outros, é a razão determinante para que sejam desenvolvidos todos os esforços com vistas a garantir ambientes mais seguros nos estabelecimentos de saúde e assegurar que o trabalho possa ser desenvolvido em condições mais saudáveis e mais seguras.

Nesse sentido, algumas medidas como a implantação e funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e Programa de Prevenção de Riscos Ocupacionais (PPRO), treinamento e capacitação periódica para os funcionários, oferta de Equipamento de Proteção Individual (EPIS) adequados,

e conscientização de empregados e empresa sobre os riscos e prevenção, bem como a adequação da estrutura física e funcional, podem tornar mais seguro o cenário hospitalar, minimizando as situações de risco (CORREA; DONATO, 2007).

Nesse contexto, este capítulo tem como objetivo relatar a importância da gestão de risco dos profissionais de saúde na área de atuação hospitalar. Está estruturado em quatro subtemas: o primeiro, aborda o processo saúde/doença no ambiente hospitalar; o segundo, mostra os principais riscos presentes no ambiente hospitalar; o terceiro, aponta as medidas de prevenção dos riscos hospitalares; e o quarto, descreve o sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho.

Processo saúde/doença no ambiente hospitalar

Nos últimos anos, muitas mudanças ocorreram no campo do trabalho em saúde, com repercussões em inúmeras direções, entre elas, a necessidade de recuperar o sentido do trabalho humano e o saber do trabalhador. Muitos profissionais acreditam que o objeto, no campo da saúde, é a cura, ou a promoção e a proteção da saúde, mas atualmente, pode-se dizer que é a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, os reais objetivos que se deseja atingir, sendo os trabalhadores de saúde sujeitos ativos nesse processo de produção (FONSECA, 2007).

A natureza do trabalho na área em saúde, principalmente em hospitais, pode expor o trabalhador a riscos profissionais, acidentes de trabalho, doenças profissionais e doenças do trabalho. As doenças profissionais são aquelas inerentes ao

desempenho das atividades laborais e provenientes de certas condições especiais que determinado tipo de trabalho exige. O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho (VASCONCELOS, 2007).

A compreensão do processo saúde e doença dos profissionais de saúde frente à sua ocupação é relevante, especialmente ao analisarmos as representações que temos sobre esses fenômenos. O modelo clássico e capitalista de pensar a saúde e segurança no trabalho consiste em fazer uma interpretação unicausal do adoecimento do trabalhador, ou seja, as doenças estariam relacionadas à ação de elementos nocivos e mensuráveis, podendo ser isolados entre si e da dinâmica do trabalho. Desta forma, as doenças seriam resultado de uma ação voluntária dos trabalhadores, ao se exporem a riscos conhecidos ou desrespeitando normas de segurança. A responsabilidade pelas doenças seria individual e não do modo de organização da produção, encobrindo o caráter social deste fenômeno (SCOPINHO, 2003).

O modelo atual da medicina social do trabalho aponta a forma social do processo saúde-doença do trabalhador, considerando que este processo é consequência direta ou indireta do modo de produção sendo o fenômeno social e não somente individual e biológico. A saúde é silenciosa, não sendo percebida em sua plenitude; na maior parte das vezes só é identificada em situações de adoecimento. É uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual. Esta constatação reflete que o processo saúde-doença-adoecimento ocorre de maneira desigual entre os indivíduos, as classes e os

povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade (BRÊTAS; GAMBA, 2006).

O processo saúde-doença é um conceito central da proposta de epidemiologia social, que procura caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais; cada situação de saúde específica, individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos (ROUQUAYROL, 2013). No contexto do trabalho em ambiente hospitalar, todo o cuidado com o processo saúde-doença do trabalhador deverá ser abordado de forma ímpar, considerando que este processo apresenta dimensões sociais, políticas e técnicas, indissociáveis, que marcam sua ação e refletem na prestação do cuidado.

Assim, é necessário que os gestores atuem na promoção da saúde dos profissionais, através de ações que vão desde o controle dos riscos existentes nos ambientes e processo de trabalho, como uma nova concepção relativa ao ambiente saudável, garantindo condições dignas e a melhoria da qualidade de vida no trabalho, mediante o desenvolvimento de ações de vigilância e controle dos riscos advindos dos ambientes e processos de trabalho.

Riscos presentes no ambiente hospitalar

Os riscos no ambiente hospitalar, também denominados de riscos ocupacionais são oriundos das atividades insalubres e perigosas, relacionadas às condições ou aos métodos de trabalho,

as medidas de controle dos agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos nos hospitais, podem causar eventos adversos à saúde dos profissionais (CREMER, 2013).

Para Souza et al, (2011), a promoção da saúde do trabalhador abrange as ações de proteção contra os riscos, decorrentes de suas atividades laborais, a manutenção de sua saúde física e mental; recuperação de lesões; doenças ocupacionais ou não ocupacionais e sua reabilitação para o trabalho.

Os riscos ocupacionais que afetam os trabalhadores das instituições de saúde advêm de fatores físicos, químicos, psicossociais, ergonômicos e biológicos (CHIODI; MARZIALE, 2006). Além disso, acrescenta-se aos riscos de acidentes no ambiente hospitalar as cargas psíquicas, ocasionadas por pressão no ambiente de trabalho.

Riscos físicos

São considerados riscos físicos as várias formas de energia a que possam estar expostos o trabalhador, a exemplo de ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, infrassom e ultrassom (CHIODI; MARZIALE, 2006).

Para Souza-Uva e Serranheira (2013) há uma preocupação contínua com as condições ambientais de trabalho, e isto vem ocupando um destaque nos atuais instrumentos de Política de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) nas instituições nacionais.

Alguns estudos retratam que trabalhadores de saúde são expostos aos riscos físicos gerados por diferentes formas de

energia, como ruídos, iluminação, temperatura, entre outros. Contudo, estes riscos possuem a vantagem de poderem ser mensurados por equipamentos, possibilitando o planejamento de ações corretivas e preventivas (MARINELLI; POSSO; MARINELI FILHO, 2014).

Riscos Químicos

De acordo com Xelegati e Robazzi (2003), os riscos estão presente em todos os ambientes de trabalho, contudo, no serviço hospitalar, os profissionais estão expostos a diversos agentes, assim é percebido o alto risco e a necessidade de sensibilizar os trabalhadores para a preocupação com a recuperação do paciente e ao mesmo tempo com a própria saúde. Em relação à exposição aos riscos no hospital, é relevante referir que os riscos químicos podem causar desde simples alergias até importantes neoplasias, com destaque para as drogas antineoplásicas, pois são as que provocam maior número de patologias de origem ocupacional na área hospitalar.

Assim, para uma melhor compreensão, é importante mencionar que, os riscos químicos podem ser definidos como sendo aqueles ocasionados por substâncias, compostos ou produtos químicos que possam penetrar no organismo através das vias respiratórias (poeira, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores), ou que pelo tipo de atividade e exposição, pelo contato, ou absorvidos pelo organismo através da pele ou ingestão (CHIODI; MARZIALE, 2006).

Riscos psicossociais

Segundo Sousa-Uva e Serranheira (2013), o ambiente em que o indivíduo está inserido, em especial os elementos de interação que determinam as exigências físicas, mentais, organizacionais e sociais, comandam uma crescente imposição e complexidade, chama a atenção para a necessidade de intervenção, com o propósito de garantir uma interação com o homem, de maneira segura, confortável e efetiva.

Os riscos psicossociais podem estar relacionados com a fadiga e a tensão, falta de controle sobre o trabalho, com o impacto dos rodízios do trabalho noturno, das horas extras, das dobras de plantão, da falta de qualificação do trabalhador, repetição de tarefas e ritmo acelerado de trabalho (CHIODI; MARZIALE, 2006).

Alguns estudos referem à relação entre o desgaste no trabalho, como consequência de elevadas demandas psicológicas acrescidas ao baixo controle do trabalhador sobre as atividades de trabalho. Estas condições abrangem o desempenho de habilidades (aprender e fazer coisas novas, usar criatividade) e da autoridade (voltada para a tomada de decisão e participação na gestão), com influência importante para os riscos psicológicos enfrentados por trabalhadores da saúde (MAGNAGO et al, 2010).

Riscos Ergonômicos

Os riscos ergonômicos podem ser definidos como aqueles que estão relacionados com atividades que envolvem movimentos repetitivos, posturas inadequadas em consequência da flexão inapropriada da coluna vertebral, especialmente

na ação de movimentação e transporte do paciente, ou decorrentes de outras demandas assistenciais que exigem maiores esforços físicos dos profissionais, podendo ocasionar alterações importantes, tais como, fraturas, lombalgias, surgimento de varizes, e muitos outros comprometimentos musculoesqueléticos (XELEGATI; ROBAZZI, 2003).

É pertinente mencionar Sousa-Uva e Serranheira (2013) quando refere que as duas visões sobre a Ergonomia perpassam para além dos objetos ditos ergonômicos e da interação entre indivíduo e seu desempenho seguro, boas condições de trabalho, uso de tecnologias que contribuam para a segurança na atividade de trabalho, estendendo-se para o conforto e adaptação dos trabalhadores, bem como, para o fortalecimento da promoção da saúde no trabalho.

Riscos biológicos

As bactérias, os fungos, os bacilos, os parasitas, os protozoários e os vírus representam os riscos biológicos, causadores da maioria das injurias sofridas pelos profissionais da saúde, decorrentes das suas atividades, que acarretam exposições a sangue e fluidos corpóreos que provocam infecções (CHIODI; MARZIALE, 2006).

Muitos estudos tratam sobre os riscos biológicos para os profissionais de saúde, porém são escassos os trabalhos que referem ser comuns os acidentes com pérfurocortantes, agulhas e lâminas, entre os profissionais de saúde, como os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (MONTEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Segundo Machado; Moura; Conti, (2013), os riscos biológicos são representados pelo contato com agentes biológicos infecciosos (sangue, fluidos corpóreos e outras secreções contaminadas por microrganismos patogênicos) estão relacionados com as formas de organização do trabalho, pois estas influenciam na exposição dos trabalhadores de saúde a estes riscos. É evidente que os profissionais da saúde possuem uma sobrecarga de trabalho, pois assumem vários plantões em diferentes turnos, usam instrumentos cortantes de maneira insegura e utilizam EPI (equipamento de proteção individual) de forma inadequada.

Medidas de prevenção dos riscos hospitalares

O hospital é tipicamente insalubre, pois propicia a exposição dos trabalhadores a todos os riscos existentes – físico, biológico, químico, ergonômico e psicossociais. Nesse sentido, a complexidade que envolve a segurança no ambiente hospitalar exige um tratamento multiprofissional, tanto para a tomada de decisões técnicas, como para as administrativas, econômicas e operacionais.

Assim, todos os níveis de gerenciamento devem, continuamente, reforçar as regras e regulamentos de segurança, estar alerta e identificar as práticas e condições inseguras, tomando, imediatamente, atitudes apropriadas para corrigir irregularidades. Além disso, é necessário considerar a prevenção de acidentes como uma parte indispensável de suas atividades rotineiras e ter a responsabilidade de zelar tanto pelo ambiente quanto pelo funcionário, para que ambos se apresentem em

condições adequadas de segurança na instituição (MACHADO; MOURA; CONTI, 2013).

Cabe salientar que a responsabilidade pelas questões de segurança também está atrelada aos trabalhadores, tendo em vista que cada um deve seguir as práticas de segurança no trabalho, através do uso de regras e regulamentos anunciados pelo programa de segurança do hospital. Estar constantemente alerta para os riscos de acidentes em qualquer local do estabelecimento, comunicando à supervisão qualquer eventualidade, prática ou condição insegura. Nesse contexto, destacam-se os serviços e as medidas de segurança no ambiente hospitalar: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

É de obrigação das empresas privadas e públicas (incluindo os hospitais) que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) manterem o SESMT e constituírem a CIPA, os quais são instrumentos que os trabalhadores e as empresas dispõem para tratar a prevenção de acidentes e as condições do ambiente de trabalho. Esses órgãos protegem a integridade física do trabalhador e de todos os aspectos que potencialmente podem afetar sua saúde (BRASIL, 2005; SÃO PAULO, 2014).

A CIPA e o SESMT são regulamentados legalmente pelos Artigos 162 a 165 da CLT e pela Portaria 3214/78 do Ministério do Trabalho, em suas Normas Regulamentaras, NR-5 e NR-4, respectivamente. São responsabilidades inerentes à CIPA e SESMT:

- Zelar pela saúde e integridade física do trabalhador;
- Revisar todos os acidentes envolvendo visitantes, pacientes e funcionários, bem como manter relatórios e estatísticas de todos os danos;
- Investigar e analisar acidentes, recomendando medidas preventivas e corretivas para evitá-los;
- Apoiar a área gerencial como consultor na área de segurança do trabalho e atividades afins;
- Coordenar e treinar a equipe de Brigada Contra Incêndio, bem como a população envolvida em situações de incêndio.

A Portaria nº 05 de 17 de agosto de 1992, do Ministério de Trabalho, estabelece que a CIPA, com auxílio do SESMT, também terá como obrigatoriedade a confecção do “Mapa de Riscos”, cuja finalidade básica é fazer uma representação gráfica do reconhecimento dos riscos existentes nos diversos locais de trabalho, conscientizar e informar os trabalhadores através da fácil visualização dos riscos existentes na empresa (BRASIL, 1992).

Após a identificação dos riscos, a CIPA deve encaminhar à direção do estabelecimento um relatório descrevendo a situação e aguardar o retorno em um prazo máximo de 30 dias. Sendo constatada a necessidade de medidas corretivas, a direção da instituição determinará o prazo para providenciar as alterações propostas, por meio de negociação com os membros da CIPA e SESMT.

Norma Regulamentadora 32 (NR-32)

A Norma Regulamentadora 32 (NR-32) determina as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção em relação à segurança e à saúde dos trabalhadores, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral (BRASIL, 2001). Uma das suas vantagens é estabelecer diretrizes relacionadas aos diversos riscos associados à atividade (BRASIL, 2005).

De acordo com a NR-32, entende-se por Serviços de Saúde qualquer pavimento ou edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população e toda e qualquer ação destinada à promoção, recuperação, assistência e pesquisa de ensino em saúde seja qualquer nível de complexidade. Essa norma estabelece, que todo e qualquer serviço de saúde deve, conforme a Norma Regulamentadora 9 (PPRA/NR 9), cumprir o exposto no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que deve conter:

a) a identificação dos riscos biológicos prováveis no serviço de saúde observando as fontes de exposição e reservatórios, vias de transmissão, transmissibilidade, patogenicidade, virulência, persistência do agente biológico no ambiente, estudos epidemiológicos e outras informações científicas relacionadas a esses riscos inerentes a saúde do trabalhador;

b) avaliação do local de trabalho e do trabalhador atentando-se para a finalidade e descrição do local de trabalho, a organização e procedimentos realizados no serviço, possibilidade a exposição e medidas de prevenção aplicáveis e acompanhamento (BRASIL, 2005; SÃO PAULO 2014).

O PPRA deve ser reavaliado 01 (uma) vez ao ano sempre que se produza uma mudança nas condições de trabalho, que possa alterar a exposição aos agentes biológicos; e quando a análise dos acidentes e incidentes assim o determinar.

Outro programa a ser seguido é o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), cuja obrigatoriedade foi estabelecida pela NR-7 da Portaria 3.214/78, que consiste em um programa médico de caráter preventivo, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho (BRASIL, 2005; SÃO PAULO 2014).

O PCMSO deve contemplar: o reconhecimento e avaliação contínua dos riscos biológicos existentes, a localização das áreas de mais riscos, a relação contendo a identificação como nomes dos trabalhadores e suas respectivas funções e o risco que estão expostas, a vigilância médica aos trabalhadores que atuam nas áreas de grande risco, e manter o programa de vacinação do trabalhador. Ressalta-se que tanto o PPRA e o PCMSO devem estar à disposição dos funcionários de fácil acesso a todos (BRASIL, 2005; SÃO PAULO 2014).

Em toda ocorrência de acidente de trabalho envolvendo os riscos biológicos com ou sem afastamento, deve ser preenchida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e encaminhada aos órgãos competentes no prazo de 24 horas do ocorrido. Em caso de exposição acidental ou incidental as medidas devem obrigatoriamente ser tomadas mesmo que não conte no PCMSO ou PPRA do estabelecimento de ocorrência.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

EPI são todos os dispositivos de uso individual destinados a proteger a integridade física do trabalhador, incluindo luvas,

protetores oculares ou faciais, protetores respiratórios, aventais e proteção para os membros inferiores (BRASIL, 2001).

Segundo a recomendação de diferentes órgãos, os empregadores são obrigados a fornecer os EPI's adequados ao risco que o profissional está exposto e a realizar no momento da admissão do funcionário, e de forma periódica, programas de treinamento dos profissionais quanto à correta utilização (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

A adequação desses equipamentos deve levar em consideração não somente a eficiência necessária para o controle do risco da exposição, mas também o conforto oferecido ao profissional, pois se há desconforto no uso do equipamento, existe maior possibilidade do profissional deixar de incorporá-lo no uso rotineiro. Apenas o fornecimento dos EPIs não é suficiente, sendo necessário sensibilizar, capacitar e escutar os anseios, as dúvidas dos trabalhadores no que se refere à adoção e ao uso correto das medidas de biossegurança (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

Procedimentos para a Prevenção

A prevenção de acidentes de trabalho deve ser uma preocupação manifestada tanto pelos profissionais quanto pelas instituições hospitalares. Os profissionais devem ser conscientes em relação à necessidade de conhecer e empregar adequadamente as normas de biossegurança e exigir segurança no ambiente hospitalar aos seus empregadores para o exercício assistencial com menor risco para a sua saúde ocupacional. Isto é de fundamental importância, uma vez que os profissionais

de saúde se opõem à utilização de equipamentos de proteção individual, subestimando o risco de se infectarem.

O Ministério da Saúde recomenda, em caso de exposição percutânea ou cutânea, à lavagem exaustiva com água e sabão ou solução antisséptica. No caso de exposição em mucosas, é recomendada a lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica. Afim de que se possa reduzir o número de acidentes dessa natureza é preciso uma atuação expressiva e eficiente da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) cujo objetivo é a redução da exposição aos diversos agentes infecciosos) e do SESMT nos locais de maior ocorrência, para tanto é necessário que se proceda o reconhecimento de todas as áreas hospitalares bem como a epidemiologia do tipo de acidente em cada instituição. Assim como, os equipamentos de proteção individual, a vacinação para difteria, tétano, hepatite B é importante aliada para prevenir doenças ocupacionais (MACHADO; MOURA; CONTI, 2013; BRASIL, 2005).

Para controle e diminuição da ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais, torna-se imprescindível a realização de educação em saúde para todos os trabalhadores envolvidos com o setor. A educação no local de trabalho auxilia os profissionais no intuito de que estes exerçam suas tarefas com confiança e qualidade, estabelecendo um padrão nos serviços de assistência à saúde (SILVA, 2009).

Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho - SGSST

Nos estabelecimentos de saúde, as atividades desenvolvidas e os equipamentos utilizados implicam a exposição dos

profissionais de saúde a inúmeros fatores de risco ocupacional, de natureza química, física, biológica, ergonômica e psicossocial. É essencial identificar estes riscos de forma a minimizar ou extinguir os efeitos na saúde dos trabalhadores (SIMÕES, 2010).

A segurança e saúde no trabalho são as condições e os fatores que afetam o bem-estar dos colaboradores, visitantes e qualquer outra pessoa no local de trabalho. A execução de tarefas em condições impróprias de trabalho além de ser um grande fator de risco a acidentes, pode reduzir a capacidade produtiva de uma organização, sendo de fundamental importância a utilização de um sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho. As principais normas certificáveis de sistemas de gestão de segurança e saúde no trabalho existentes atualmente são a OHSAS 18001 e a ILO-OSH. Segundo a norma da British Standards Institution BSI-OHSAS 18001 – Occupational Health and Safety Assessment Series (1999). Um Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho (SGSST) pode ser definido como parte do sistema de gestão global que facilita o gerenciamento dos riscos de segurança e saúde no trabalho associados aos negócios da organização. Este sistema de gestão tem como requisitos para sua implementação o desenho da estrutura organizacional, atividades de planejamento, responsabilidades, práticas, procedimentos, processos e recursos para desenvolver, implementar, atingir, analisar criticamente e manter uma política de segurança e saúde no trabalho.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) elaborou a norma ILO-OSH – Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems (ILO, 2001) com o objetivo de garantir a proteção da segurança e a saúde dos trabalhadores

com o desenvolvimento de uma cultura sustentável de segurança e saúde na organização. A ILO-OSH reforça a necessidade do cumprimento por parte do empregador das leis e regulamentos nacionais nas questões relacionadas à segurança e saúde no trabalho, adotando as disposições necessárias para criar um sistema de gestão.

Em relação ao esquema básico dos SGSST, tanto a norma BSI-OHSAS 18001 quanto o guia ILO-OSH foram desenvolvidos com base no ciclo PDCA ou ciclo de Deming. Marshall Junior et al (2006), define o método PDCA como sendo um método gerencial para a promoção da melhoria contínua e reflete em seus quatro elementos, a base da filosofia do melhoramento contínuo. Para tanto, é necessário que estes elementos sejam executados de forma consecutiva e cíclica, gerando assim, a melhoria contínua em toda a organização e estabelecendo uma padronização. Os elementos do ciclo PDCA são definidos na ISO 9001 como sendo (ABNT, 1994):

- Plan – Planejar – estabelecer os objetivos e processos necessários para fornecer resultados de acordo com os requisitos e políticas da organização;

- Do – Fazer – implementar os processos como foi previsto na etapa anterior, coletando todos os dados que serão utilizados na próxima etapa de verificação do processo. Nesta etapa de execução, a educação e o treinamento no trabalho são imprescindíveis;

- Check – Avaliar – monitorar os processos e produtos em relação às políticas e requisitos para o produto, e comparar os resultados alcançados com a meta planejada;

- Act – Ação – executar ações corretivas para promover continuamente a melhoria do desempenho, agindo sobre as causas responsáveis pela meta prevista não ter sido alcançada.

De acordo com Simões (2010), a administração dos estabelecimentos de saúde e os profissionais que nela atuam são os eixos determinantes do sucesso ou do fracasso nas questões relacionadas à saúde e segurança no trabalho. Em relação ao papel da administração da organização, a BSI-OHSAS 18001 (BSI, 1999) salienta que esta deve incentivar e autorizar uma política de segurança e saúde no trabalho apropriadas às características da organização e a escala de riscos, estar comprometida com a melhoria contínua, ser claramente comunicada aos trabalhadores e ser periodicamente avaliada.

Neste sentido, é essencial estabelecer um processo organizativo planejado que elimine, reduza ou minimize as ocorrências adversas relacionadas ao trabalho, garantindo uma apropriada gestão do risco profissional nos estabelecimentos de saúde. Este processo de organização de um SGSST tem como base a avaliação, a análise, a monitorização e o registro das situações de risco dos profissionais, estes elementos são fundamentais para reduzir os acidentes de trabalho e as doenças profissionais (SIMÕES, 2010).

O planejamento de um SGSST envolve diversos fatores para uma adequada implementação e operação, a norma BSI-OHSAS 18001(BSI, 1999) e o guia ILO-OSH (ILO, 2001) dividem estes fatores como:

- Estrutura e responsabilidade: é de responsabilidade da direção o fornecimento de recursos para implementação, controle e melhoria do SGSST. Esta etapa inclui a análise dos

riscos, identificação do perigo ou fatores de risco, identificação dos trabalhadores expostos, a estimativa do risco e a avaliação dos riscos.

- Treinamento, conscientização e competência: a organização deve assegurar que seus trabalhadores estejam conscientes da política e procedimentos de segurança e saúde no trabalho. Os treinamentos devem ser realizados sem custos para os trabalhadores e durante o horário de trabalho.

- Comunicação e consulta: a organização precisa de procedimentos de comunicação e informações para os colaboradores, estes devem participar do desenvolvimento e análise das políticas e procedimentos para a gestão de riscos. A comunicação do risco inclui a informação sobre a natureza, a magnitude, a interpretação, a aceitabilidade e a gestão do risco.

- Documentação e controle de documentos e registros: estes devem ser organizados a partir de procedimentos adotados pela organização, ser de fácil localização, análise e revisão.

- Controle operacional: as operações e atividades ligadas aos riscos identificados necessitam de medidas de controle executadas através da determinação de critérios operacionais. O controle dos riscos profissionais pressupõe uma articulação entre a abordagem técnica, englobando a vigilância e análise dos diferentes fatores de risco; a abordagem organizacional, direcionada para a organização do trabalho, o clima organizacional, as tarefas, o conteúdo do trabalho, a informação e a formação dos profissionais; e, a vigilância da saúde, que consiste na monitorização da saúde dos trabalhadores, levando em consideração o seu exercício profissional (BSI, 1999; ILO, 2001).

- Preparação e atendimento a emergências: a organização deve traçar planos e procedimentos para o atendimento de incidentes e situações de emergência. Algumas situações de risco podem não ter resolução imediata. Neste caso, deverá ser elaborada uma lista de prioridades, incluindo metas a curto prazo, como parte de um programa progressivo de eliminação ou de redução de riscos a longo prazo.

Com relação aos aspectos de verificação e ação corretiva, a organização deve estabelecer procedimentos para o monitoramento da efetividade e alcance dos objetivos de segurança e saúde no trabalho. A direção deve periodicamente rever o sistema de gestão da segurança e saúde do trabalho, assegurando que o mesmo continua adequado, suficiente e eficaz. Para tanto, devem promover auditorias periódicas para verificar a conformidade com os requisitos da OHSAS 18001, e se necessário, medidas corretivas precisam ser tomadas para garantia da melhoria contínua do SGSST (BSI,1999; ILO, 2001).

Destarte, a aplicação de um SGSST é uma importante ferramenta na prevenção de incidentes, na medida em que os riscos são sempre reavaliados e mantidos dentro de níveis aceitáveis. No entanto, só é possível implementar um sistema de gestão eficaz através do comprometimento de todos os profissionais e da administração no cumprimento dos requisitos estabelecidos pelo gerenciamento de risco garantindo a segurança.

Considerações finais

No processo saúde-doença-trabalho é importante a discussão sobre a dimensão da valorização e do cuidado

para com os trabalhadores da saúde, considerando que, esta discussão precisa estar sempre presente no contexto de trabalho e contemplado de maneira integrada para que se possa promover melhorias de qualidade de vida para o trabalhador e para a organização onde este trabalha. Percebe-se que existem vários obstáculos que habitam esse espaço, tornando a viabilização de práticas de integralidade em saúde algo complexo e de difícil concretização, porém não impossíveis. Frente a essa realidade, acredita-se que trabalhar em rede, criar espaços coletivos de discussão com reflexão e ampliar o uso de tecnologias relacionais, facilitará o cuidado integral em saúde.

Os profissionais que atuam no ambiente hospitalar estão expostos a muitos problemas que pode afetar o desempenho destes trabalhadores, colocando em risco as pessoas envolvidas no processo do cuidado, e conseqüentemente alterando a dinâmica do serviço, bem como comprometendo a qualidade da assistência prestada. Por isso, entende-se que é essencial que os profissionais busquem formas para modificar suas condutas e atitudes e que estejam preparados para enfrentar mudanças com o intuito de amenizar problemas aos quais estão expostos diariamente, através da aquisição do conhecimento de seus direitos e deveres para que consigam trabalhar com mais segurança e menos danos para sua saúde.

No ambiente hospitalar pode-se encontrar todos os riscos, ou seja, físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes. Com todos esses riscos presentes, a prevenção se faz necessária e deve ser eficiente. Sendo assim, a identificação dos principais riscos aos quais os profissionais de saúde estão expostos dentro do ambiente hospitalar é de fundamental

importância para a tomada de medidas preventivas. Além das medidas, acrescenta-se as ações de educação contínua em saúde, conscientização, interesse, participação ativa dos profissionais nos cuidados laborais ao utilizar materiais ou métodos potencialmente infectantes, entre outros.

A prevenção de acidentes de trabalho no âmbito hospitalar é sustentada pela Constituição Federal e pela Legislação Trabalhista, as quais direcionam suas preocupações em torno da promoção e prevenção, no intuito de resguardar a saúde do trabalhador, minimizar os danos morais e financeiros do empregador, assegurando os direitos de ambas as partes, como é observado na maioria dos países desenvolvidos.

Sendo assim, um Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho é uma ferramenta que, devidamente implementada, assegura à empresa obter dados, de forma objetiva, sobre o seu desempenho na área da segurança a saúde do trabalhador, em todas as suas vertentes, permitindo tomar as decisões de melhoria baseadas em fatos. É também um instrumento essencial para a melhoria contínua do desempenho de uma organização.

Exercício de fixação

O que você entende por risco no ambiente hospitalar?

Quais os riscos presentes no ambiente hospitalar que os profissionais de saúde estão expostos?

Que estratégias institucionais (protocolos, rotinas, procedimentos operacionais padrão etc.) são desenvolvidas para prevenir a exposição dos profissionais de saúde aos riscos?

Por que é importante a utilização de um Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho?

Referências

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9001 - Sistemas da qualidade – Modelo para garantia da qualidade em projeto, desenvolvimento, produção, instalação e serviços associados**. Rio de Janeiro: ABNT, 1994.

BALLONE, G. J. **Humanização do Atendimento em Saúde**, in. PsiqWeb, Internet. Disponível em <http://www.virtualpsy.org/temas/humaniza.html>. Acesso em: 14 set. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Departamento Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. **Portaria nº 5 (Altera a Norma Regulamentadora nº 9 estabelecendo a obrigatoriedade de elaboração do MAPA DE RISCOS AMBIENTAIS)**. Portaria GM nº 5, de 17 de agosto de 1992.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº6 (Equipamentos de proteção individual – EPI)**. 2001.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde)**. Portaria GM nº 485, de 11 de novembro de 2005.

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBÁ, M. A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.

BSI – BRITISH STANDARD INSTITUTE. **OHSAS 18001 – Guidelines to Occupational Health and safety management systems.** British: British Standard Institute, 1999.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 2012-2017, 2006.

CORREA, C. F.; DONATO, M. Biossegurança em uma Unidade de Terapia Intensiva - a percepção da equipe de enfermagem. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 197-204, 2007.

CREMER, E. et al. Saúde do trabalhador e riscos de resíduo no ambiente hospitalar segundo a normal regulamentadora 32. **SALUSVITA**, Bauru, v. 32, n. 3, p. 265-284, 2013.

ILO – INTERNATIONAL LABOUR OFFICE. **ILO-OSH 2001 Guidelines on occupational safety and health management systems.** Genebra: ILO, 2001.

JUNGES, J. R. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. organizadores. **Bioética, vulnerabilidade e saúde.** Aparecida: Ideias & Letras, Centro Universitário São Camilo, p.139-57, 2007.

MACHADO, K. M.; MOURA, L. S. S.; CONTI T. K. F. *Medidas preventivas da equipe de enfermagem frente aos riscos biológicos no ambiente hospitalar.* **Revista Científica do ITPAC, Araguaína**, v.6, n.3, Pub.1, 2013.

MAGNAGO, T., LIMA, A., PROCHNOW, A., CERON, M., SCHARDONG, A., SCALCON, C. Fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores de enfermagem

hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.526-532, 2015.

MARINELLI, N.P.; POSSO, M.B.S.; T. MARINELI FILHO. Agentes físicos em unidades básicas de saúde: potencialidade de riscos ocupacionais. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 20, n. 36, 2014.

MARSHALL JUNIOR, I. et al. **Gestão da Qualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

MONTEIRO, G.R.S.; SILVA, M.E.S.; OLIVEIRA, R.C. Mapa de risco como instrumento para a identificação de riscos ocupacionais: revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 3076-3096, 2015.

PORTO, M. F. S. Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar. **Caderno de Saúde do Trabalhador**. São Paulo, 2001.

RIBEIRO, L. C. M. et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. **Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá-PR, v. 9, n. 2, p. 325-332, 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SA, M. R. C.; GOMES, R. A promoção da saúde de crianças em espaço hospitalar: refletindo sobre a prática fisioterapêutica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 709-722, 2014.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Cartilha 13: **Normas Regulamentadoras – NRs nº7, nº9 e nº32**. 2014.

SCOPINHO, R.A. **Vigiando a vigilância**. São Paulo: Annablume, 2003.

SILVA, M. A. M. *et al.* Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, 2011.

SILVA, M. K. D.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, n. 13, v. 22, p. 279-286, 2009.

SIMÕES, G. V. (coord.). **Orientação Técnica Nº 1 – DSP: Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.

SOUZA, A. N. *et al.* A atuação do enfermeiro do trabalho na prevenção dos riscos ergonômicos no ambiente hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v.2, n.2, p. 1-11, 2011.

SOUSA-UVA, A; SERRANHEIRA, F. Trabalho e Saúde/ Doença: o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Medicina Trabalho**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 43-49, 2013.

VASCONCELOS, Eymard M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

VIEIRA, C. S. B. **Acidentes de trabalho em meio hospitalar e sua relação com riscos profissionais**. 2009. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacionais) - Faculdade de Engenharia, Universidade do Porto, Porto, 2009.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. C. S. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfuro-cortante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 804-810, 2008.

VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. D. C. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 08 telas, 2011.

XELEGATI, R.; ROBAZZI, M.L.C.C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores e enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.3, p.350-6, 2003.

César Cavalcanti da Silva
Nívea Trindade Araújo Neves
Thomaz Henrique Pereira Meira
Balipalo Lourenço
Rafaelly Ramalho Fragoso Alves

Introdução

O termo “Gestão de Risco” pode ser compreendido como um processo, através do qual, objetiva diminuir ou erradicar qualquer efeito adverso decorrente das práticas de assistência à saúde, sendo necessário para tanto, a compreensão e o controle de todos os elementos que concorram para o aparecimento destes efeitos.

Hospitais são estabelecimentos, de cunho público/filantrópico ou particular, cujo objetivo é atender e tratar pessoas doentes, internadas ou não. O ambiente hospitalar guarda várias contradições de ser o local propício a cura e potencial causador de doenças. A superação desta contradição é, talvez, a grande utopia dos profissionais de saúde e particularmente, dos gestores dessa área.

O tratamento conjunto destas duas grandes vertentes de apoio aos processos de assistência à saúde é merecedor da atenção dos estudiosos do assunto, que buscam ampliar medidas de prevenção à exposição ao risco e aos danos causados pela assistência, embora, contraditoriamente tenham a cura como sua principal meta.

Os hospitais de urgência e emergência são os locais destinados ao atendimento de usuários com afecções agudas específicas, onde há uma equipe especializada para assisti-los. Segundo Figueiredo; Viana e Machado (2008), o acolhimento com a classificação de risco, compreendida como ferramenta para proporcionar a atenção por nível de complexidade, considera as seguintes áreas de atendimento: Pronto Atendimento; Pronto Socorro e Emergência.

Pronto Atendimento é a unidade que assiste aos doentes, com ou sem risco de vida, dentro de horários preestabelecidos cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato. O Pronto Socorro presta assistência aos doentes, com ou sem risco de vida, durante às 24 horas do dia, dispondo apenas de leitos para observação, enquanto a Emergência, é uma unidade destinada a assistência aos doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato.

Seja qual for o tipo de unidade destinada a assistência aos doentes, ela deve ser realizada livre de riscos ou falhas, promovendo, uma assistência de qualidade. Segundo Coimbra; Cassiani (2001) e Roque; Melo (2010), a busca da qualidade é um processo de descobertas e transformações e, por ser contínua, requer tempo e intencionalidade em um contexto social mais amplo, tendo, portanto, a urgência um serviço a ser transformado.

Como todo trabalho acadêmico, o processo de gestão de risco em hospitais deve ser acompanhado de uma metodologia de ação, que contenha severos processos avaliativos e que sejam compartilhados entre gestores, profissionais e usuários,

aos quais, em última análise, cabe a responsabilidade pelo êxito dos serviços de saúde.

Os gestores têm sob sua responsabilidade, a organização administrativa dos serviços cabendo ao ocupante deste cargo, promover a logística necessária a manutenção dos serviços e conferir credibilidade ao programa de gestão de risco em vigor. Aos profissionais de saúde, cabe a execução das normas e rotinas estabelecidas para a assistência de boa qualidade aos clientes e sua autoproteção. Dos usuários, espera-se o fiel cumprimento das determinações administrativas e orientações profissionais acerca de seus tratamentos.

Silva; Santos (2011) lembram que, sistemas inseguros podem gerar várias consequências para os usuários e as instituições de saúde. Nesse sentido, faz-se necessário a inserção de estratégias que visem à mudança na cultura da detecção das falhas, a fim de auxiliar gestores e profissionais na prevenção de erros, através de medidas que garantam a qualidade dos processos executados.

As pesquisas sobre este tema têm contribuído, para aumentar o conhecimento dos gestores e profissionais esta iniciativa que afeta positivamente a atenção prestada aos usuários, pelo foco nas prioridades e despreocupação com fatores que favoreçam o não alcance dos bons resultados.

Classificação de riscos e fluxo em serviços de urgência e emergência

O sistema internacional e brasileiro de atenção às urgências tem progredido com os avanços relacionados aos conceitos em tecnologias voltadas para a organização do

atendimento em redes. Contudo, espera-se que, estes serviços, também acolham e atendam a população em qualquer nível de atenção à saúde, sendo necessário que estejam preparados dos pontos de vista, técnico, humano e com aportes materiais.

Segundo Azevedo et al (2010), os serviços de Urgência e Emergência têm como objetivo diminuir a morbimortalidade e sequelas incapacitantes. Portanto, é preciso que se tenha um serviço que garanta os elementos necessários para esse nível de assistência. Verifica-se que, os profissionais que atuam nos serviços hospitalares também atendem a situações de urgência e emergência, em alguns casos, extrapolam a capacidade resolutiva exigida nos serviços e sentem dificuldade de encaminhar o usuário para outros hospitais, transformando as salas de observação em áreas de internação, mesmo sem possuir as devidas condições de infraestrutura e de pessoal para cuidados contínuos, expondo-os a severos riscos. (GARLET, et al., 2009)

Os riscos envolvem um conjunto diversificado de ações e origens, quer sejam ligados ao mercado de trabalho, aos negócios e produtos, até aqueles derivados dos processos de gestão, sistemas de tecnologias de informação, recursos humanos, sistemas financeiros e atividades operacionais. Santos; Lima(2011) citam entre as ações de risco, todas as situações, condutas, procedimentos ou algum evento adverso que, origine causa a qualquer efeito negativo para o usuário ou o próprio ambiente de trabalho.

No âmbito Hospitalar de Urgência e Emergência, os riscos são voltados principalmente para as práticas, por exigirem grande habilidade dos profissionais envolvidos, estão

mais expostas as falhas. Nos Estados Unidos, a terceira maior causa de morte é o erro médico. Estimativas recentes, de acordo com o *British Medical Journal* (BMJ), dão conta de que entre 210 e 400 mil mortes são causadas por erro médico. Martin Makary e Michael Daniel, da Universidade John Hopkins, afirmam que, as pessoas morrem por diversos fatores relacionados a falhas, citando entre outros, o erro de diagnóstico; a super dosagem de medicamentos; os tratamentos fragmentados; problemas de comunicação ou complicações evitáveis. Estatística, somente superada por doenças cardiovasculares e a neoplasias.

Para evitar o risco de erros, lesões ou perdas que envolva pessoal ou o próprio ambiente, a gestão de risco assume um importante papel, não só nas instituições que produzem e manuseiam materiais, mas naquelas que trabalham diretamente com a saúde do ser humano. Para melhor compreensão da gestão de risco nos ambientes hospitalares é aconselhável que haja uma constante reflexão sobre a qualidade da assistência prestada nessas organizações.

Para Burns e Degraaff (2002), a questão da confiabilidade e segurança nos serviços de saúde, tornou-se elemento estratégico no interior das organizações de saúde. Elas envolvem os níveis de qualidade da assistência e o número de incidentes com danos aos usuários. No panorama mundial esta preocupação está expressa no número de agências de credibilidade que se instalaram neste setor.

Em 2004, A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o projeto Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Esta Aliança tem como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na

assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo. A *National Agency for Sanitary Vigilance* (NASV) do Canadá, que corresponde à ANVISA no Brasil, preparou em 2007, uma proposta para assegurar a segurança do paciente, em apoio ao projeto da OMS.

Em dezembro de 2007, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, em parceria com o Canadá, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e os Estados Unidos, definiu cinco problemas mais incidentes para serem resolvidos, propondo protocolos operacionais baseados em evidências científicas, dentre os quais, evitar erros de medicamentos; garantir a segurança de todos que utilizam o serviço de saúde; identificar, analisar e gerenciar os riscos, relacionados aos incidentes de segurança; fazer da ação dos enfermeiros um ponto chave, considerando que esses profissionais são os que mais contribuem para evitar e prevenir erros. (RADUENZ, et al., 2010)

A OMS, a partir de 2005, determinou que os países firmassem um compromisso político, no campo da segurança do paciente, lançando planos de ação que geraram alertas sobre aspectos fundamentais para a garantia dessa segurança. A partir dessa condição foi sugerido:

Área de ação 1: O Desafio Global para a Segurança do Paciente pressupõe comprometimento e ações em segurança para minimização de risco em todos os países. Em 2005, foi lançado o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, focado na prevenção e redução de IRAS, com o tema Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura. Em

2007, o segundo Desafio Global de Saúde do Paciente teve foco na segurança cirúrgica, com o tema, Cirurgias Seguras salvam Vidas.

Área de ação 2: A voz do paciente deve estar no centro do movimento por sua segurança, em todo o mundo.

Área de ação 3: As Pesquisas sobre Segurança do Paciente envolvem o conhecimento da natureza do dano e desenvolvimento de ferramentas para sua prevenção.

Área de ação 4: Desenvolvimento de uma Taxonomia/ Classificação Internacional para Segurança do Paciente originando um sistema de informação em segurança do paciente, internacionalmente aceito.

Área de ação 5: Relato e Aprendizagem de ferramentas de notificação, análise, investigação e abordagens que identifiquem fontes e causas de riscos, propiciando a realização de ações de aprendizado e prevenção de eventos adversos.

Área de ação 6: Soluções para Segurança do Paciente através de intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente.

Área de ação 7: Difusão de boas práticas para a mudança organizacional, clínica e de equipe, como: cuidados no preparo de soluções concentradas de eletrólitos; controle da medicação nas transições de cuidado; realização de procedimentos corretos nos sítios corretos; prevenção de falhas de comunicação durante a passagem de plantão; prevenção e redução de IRAS.

Área de ação 8: Tecnologia para segurança do paciente focada na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança.

Área de ação 9 Gerenciamento do conhecimento para reunir e compartilhar conhecimentos sobre a evolução mundial da segurança do paciente.

Área de ação 10: Eliminação das infecções da corrente sanguínea associada a um cateter central com ações de prevenção, controle e eliminação deste tipo de infecção em serviços de saúde.

Área de ação 11: Educação para cuidado seguro desenvolvendo guias curriculares para estudantes da área da saúde, voltados para a segurança do paciente.

Área de ação 12: Prêmio de segurança pela excelência no campo da segurança do paciente, impulsionando mudança e melhoria nesta área.

Área de ação 13: *Checklists* para a área da saúde e desenvolvimento de outras listas de verificação de segurança em serviços de saúde (após averiguação do sucesso da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes, criação de *check-list* para Influenza A (H1N1), parto seguro e segurança do recém-nascido.

No Brasil, a gestão de risco em hospitais de urgências e emergências está intimamente relacionado a segurança do usuário. O termo “Segurança do usuário” remete a necessidade de várias ações visando a prevenção para a diminuição de acidentes hospitalares, reduzindo o número de danos causados aos usuários SUS. A segurança do usuário no atendimento hospitalar de urgência e emergência é essencial para evitar riscos que podem evoluir para a morte.

Imprevistos hospitalares que resultam em dano ao cliente são chamados de eventos adversos (EA). Eles podem

acontecer, se o hospital não implementar medidas que evitem esses eventos, na maioria das vezes, evitáveis. Cerca de 10% dos pacientes internados, em média, sofrem algum tipo de evento adverso que podem ser evitados (BRASIL, 2016).

Os eventos adversos mais frequentes no Brasil são quedas; administração incorreta de medicamentos; falha na identificação do paciente; erros em procedimentos cirúrgicos; infecções e mau uso de dispositivos médicos. Estes eventos, que abrangem vários atores na consecução dos cuidados a saúde precisam cessar para a melhoria da qualidade do atendimento (BRASIL, 2016).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância a Saúde, no Brasil, o local mais frequente de ocorrência de EA são as enfermarias, com (48,5%) dos casos e o tipo mais comum são erros em procedimentos cirúrgicos, com (35,2%) dos casos. Além dos erros cirúrgicos, outros erros, comuns e evitáveis, são os relacionados a infecções derivadas de falhas na assistência à saúde, em particular na transmissão de microrganismos resistentes; erros na prescrição, dispensação, administração de medicamentos; úlceras por pressão; quedas; tromboembolismo venoso; problemas na identificação dos pacientes e outros (BRASIL, 2016).

A qualificação dos profissionais para o cuidado em saúde é importante para a implementação da gestão de risco. Para a promoção da segurança nos serviços de saúde a ANVISA instituiu a RDC/Anvisa nº 36/2013 provendo a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços, esta normativa aborda os Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da Notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2016).

Estratégias do atendimento rápido - acolhimento com avaliação de risco

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), risco é a combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano, enquanto, Gerenciamento de Riscos é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das consequências ou probabilidade de ocorrência (BRASIL, 2016).

Gerenciamento de Riscos em Saúde é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Quando um evento adverso ocorre neste ambiente, a organização sofre consideravelmente com as consequências sociais, econômicas ou materiais. Sendo a mais grave delas a perda da vida humana (Cartilha..., 2010).

A Resolução nº 02, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, publicada em 25 de janeiro de 2010, considerou o Gerenciamento de Riscos uma exigência aos estabelecimentos de saúde, requerendo que, possuam uma sistemática de monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde, visando a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos, além da notificação de queixas técnicas, envolvendo essas tecnologias (BRASIL, 2010).

Um dos setores que mais originam notificação de queixas técnicas, envolvendo o uso de tecnologias em saúde são os serviços hospitalares, sobretudo de emergência, porque possuem características próprias e influenciam a organização

do trabalho e a gerência do cuidado. Eles estão inseridos no atual contexto político e estrutural do sistema de saúde brasileiro como o componente responsável pelo atendimento de situações graves em que há risco de morte e são necessárias intervenções rápidas e precisas. Na prática, esses serviços também são utilizados por usuários com demandas que não se caracterizam como urgências, o que acarreta superlotação do serviço e sobrecarga de trabalho para os profissionais (DAL PAI, LAUTERT, 2008; GARLET, LIMA, SANTOS, MARQUES, 2009).

Os enfermeiros que atuam nesses serviços são responsáveis, entre outras atividades, pela gerência do cuidado, que envolve o gerenciamento de recursos e a coordenação e articulação do trabalho da equipe de enfermagem/saúde, além da intermediação entre a família e a equipe de atendimento (SANTOS et al. 2009).

O processo de trabalho do enfermeiro, como prática social integrante do trabalho coletivo em saúde, é composto por duas dimensões complementares: assistir e gerenciar. Na primeira, como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de forma integral; na segunda, como organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, os meios e instrumentos são os diferentes saberes administrativos, materiais, equipamentos e instalações, além dos instrumentos técnicos da gerência, como dimensionamento de pessoal, planejamento, educação continuada/permanente, supervisão, avaliação de desempenho, os quais são empregados para implementar condições adequadas à produção do cuidado e de

desempenho da equipe de enfermagem (ROSSI, SILVA, 2005; HAUSMANN, PEDUZZI, 2009).

As transformações ocorridas na sociedade até os dias atuais têm influenciado substancialmente, o processo saúde/doença da humanidade (LEITE; SILVA, 2007), afetando o homem em várias etapas da vida, dentre estas, o trabalho. Dessa forma, assegurar o bem-estar físico, psicológico e social do trabalhador está se tornando difícil, visto que o desgaste ao qual as pessoas estão sendo submetidas é um dos fatores na determinação dos agravos à saúde do mesmo. Esse desgaste decorre em muitos momentos da repetitividade, monotonia, falta de criatividade, execução de tarefas parceladas, desconhecimento de todo o processo de trabalho, cobrança pela produtividade, e também pelo medo do desemprego (SILVA, et al., 2009; RITTER, STUMM, KIRCHER, 2009).

Nesse aspecto, a articulação entre o trabalho e a saúde é um tema de constante investigação científica, e no decorrer da evolução histórica das sociedades tem sido objeto de observação e reflexão dos homens, no que se refere às formas de aprender a lidar com essa relação (LEITE; SILVA, 2007).

Muitas vezes, o descuido com a saúde de quem é responsável pelo cuidado pode gerar custos não planejados para a gestão financeira da instituição e desumanizar as atividades profissionais. Trabalhadores satisfeitos em suas necessidades tendem a faltar menos ao trabalho e a desenvolver suas funções com mais interesse, refletindo esse processo em melhor atendimento ao usuário do serviço (FONTANA, 2010).

As principais causas para o crescimento das doenças ocupacionais nos enfermeiros são: ritmos intensos e longas

jornadas de trabalho; atividade mecânica com repouso insuficiente; condição física e mobiliária inadequadas e tensão provocada pela necessidade de um trabalho produtivo, com vista à manutenção do emprego (PIRES; GELBKER, 2001). Além destes, também é possível citar, o não reconhecimento por parte dos gestores; a má qualidade de vida e a falta de recursos materiais. Dessa forma, é importante que os enfermeiros se mobilizem e discutam as questões relacionadas à organização e estruturação dos serviços de emergência, pois a responsabilidade pela provisão e previsão dos recursos e da infraestrutura necessários ao cuidado não são responsabilidades exclusivas da enfermagem (SANTOS; LIMA, 2011).

Na abordagem do processo de trabalho e das implicações para a saúde do trabalhador, não se pode deixar de compreender as condições de sua produção e reprodução que definem o processo saúde-doença, entre outros aspectos comuns no mundo do trabalho contemporâneo. Essas determinações vão além de um corpo doente, resultante de um comportamento inadequado, da exposição a produto tóxico no ambiente de trabalho ou de um acidente decorrente de atos inseguros ou de condições físicas (FELDMAN, 2004).

Gestores comprometidos com a qualidade dos serviços prestados no âmbito do processo de enfermagem ao usuário, envolvem-se necessariamente com a satisfação das necessidades dos trabalhadores, isto é, com a gestão de gente que cuida de gente, adotando medidas que viabilizem as demandas de trabalho, tais como dimensionamento de pessoal adequado, espaços de ouvidoria interna, viabilização e disponibilização de materiais e insumos adequados e suficientes para que o

trabalhador não se exponha a riscos internos e externos, entre outros. Gestores e trabalhadores engajados em programas de saúde do trabalhador que priorizem a redução de danos e agravos tais como o estresse e a violência ocupacionais, podem estar contribuindo para a efetiva humanização das práticas e promoção da saúde do trabalhador (FONTANA, 2010).

Promover a saúde e qualidade de vida do trabalhador é, também, instituir relações acolhedoras de cuidado entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, garantindo os direitos de cidadania, a redução dos riscos à saúde e a vulnerabilidade às doenças e agravos, o que implica em organização e gestão do trabalho que reconheça e respeite a singularidade dos atores sociais da produção de saúde, reduzindo-se desigualdades (BRASIL, 2002).

Morin (2004) propõe ações para a prevenção do estresse ocupacional e a promoção do bem-estar nas organizações, são elas: 1. Promoção de condições de trabalho seguras e saudáveis, que envolvam o ambiente físico, jornada de trabalho, salário e benefícios. 2. Concessão de um propósito para trabalhar, envolvendo, orientação, direção e sentido. 3. Promoção de comportamentos éticos para fazer um trabalho moralmente aceitável em seus processos e resultados, o que possibilita que as pessoas falem de seu trabalho sem culpa ou vergonha, mas com dignidade e orgulho. 4. Estimulo a eficácia pessoal, que é ser capaz de fazer o trabalho solicitado de forma efetiva. 5. Ajuste da carga de trabalho (físico, mental e emocional) com orientações claras, recursos suficientes e feedback periódicos. 6. Encorajamento do prazer, em fazer o que estão fazendo. 7. Devolução de sua autonomia, com liberdade de escolha na realização do trabalho,

que permite que o empregado possa exercitar suas habilidades, julgamento e, inteligência para resolver problemas e melhorar métodos e resultados. 8. Possibilidade de obtenção de apoio dos colegas e superiores mediante dificuldades e problemas, o que é fundamental em tempos de estresse como o atual. 9. Demonstração de reconhecimento pelas suas competências e resultados. 10. Promoção de relacionamentos positivos que possibilitem trabalhar com um espírito de equipe.

Gerenciamento de custos em paciente crítico - gerência de serviços de urgência e emergência

O comportamento e a exposição aos riscos dos trabalhadores, podem ser influenciados pelo seu ambiente de trabalho. A percepção de riscos no trabalho, tem um papel importante nos seus conteúdos, pois a prevenção depende parcialmente da identificação destes riscos (CORDEIRO, 2002; GOETSCH, 2007; AREOSA, 2008; 2012). Estas percepções, se caracterizam pela incorporação da multiplicidade de saberes adquiridos no cotidiano laboral, partilhados e construídos socialmente; de certa forma mutáveis ao longo do tempo e dependentes das situações onde se desenvolve o trabalho e seus condicionantes (AREOSA, 2012).

Na enfermagem, o trabalho é caracterizado pelo conjunto de fatores que podem representar riscos à saúde de seus trabalhadores. Alguns estudos demonstraram que a exposição a fatores de riscos mecânicos e ambientais específicos (trabalho noturno, cargas horárias extensas, juntamente com duplas jornadas, contato direto com material infectado, entre outros), é agravada ainda pelos recursos materiais insuficientes e inadequados, ocasionando

muitas vezes condições inseguras de trabalho (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001; MANETTI; MARZIALE; ROBAZZI, 2008; SULZBACHER; FONTANA, 2013).

Segundo Areosa (2008), o conceito de risco não é visto como sendo simples e direto, mas como uma vulnerabilidade na exposição tanto individual quanto coletivo, onde se considera a obtenção de alguns ganhos ou perdas a partir de valorações, de observações, de saberes e do contexto temporal onde é produzido. Um dos problemas que a moderna teoria do risco tem de enfrentar, ainda segundo o autor, está relacionada com a forma com que se pode tomar decisões diante dos cenários de largas margens de incerteza, ou seja, a forma de se organizar os processos de aprendizagem diante das situações de elevada incerteza.

Para construção de uma competência, alguns recursos são utilizados, tais como: saberes, recursos mais normativos e outras capacidades ou habilidades. Por saberes, entende-se como sendo os conhecimentos declarativos (sejam: fatos, leis, regularidades da realidade, etc.), os conhecimentos procedimentais ou conhecimentos processuais (o saber fazer, e aplicação de métodos e técnicas), e ainda o conhecimento condicionante (que é de uma determinada maneira, saber intervir). Os saberes locais, são as informações (LUCCHESI; BARROS, 2006).

Por meio da análise do risco, a confrontação de saberes para compreender e transformar as situações de trabalho, se torna uma exigência, assim como a competência; onde estas terão significância importante no bom desempenho da gestão de risco. Para Schwartz (2000), os saberes gerados na atividade são potencialmente uma fonte para a compreensão dessas situações de trabalho.

A competência por si só, não é tratada como um estado, mas como um processo que pode ser construído, a partir de três componentes, onde o primeiro refere-se a uma mesma situação, de um mesmo tipo e com uma mesma estrutura; o segundo, traz uma suposição da utilização dos recursos cognitivos específicos, sem haver competência caso estes precisem ser construídos, ou se todos os saberes tiverem que ser aprendidos, todas as capacidades serem desenvolvidas, ou ainda se as informações pertinentes precisem ser coletadas. O terceiro componente refere-se a um treinamento que mobiliza e adapta recursos para que seja possível o gestor decidir e agir corretamente (LUCCHESI, 2006; BERNARDINO; FELLI; PEREZ, 2010). Assim, a competência pode ser caracterizada como sendo habilidade e característica pessoal que contribui para se atingir um desempenho de alto nível, e que incluem mais do que as habilidades técnicas necessárias para realizar tarefas inerentes à função.

Nesse sentido, qualquer ação organizada faz com que os profissionais desenvolvam o potencial de gestão das competências, ou seja, faz com que percebam e traduzam os elementos da situação e façam emergir os saberes para a ação/reação, e assim, a construção de saberes e competências é uma necessidade fundamental de gestão de riscos nos serviços.

Posicionamentos atitudinais dos profissionais da saúde em relação a gestão de risco

Objetiva-se nesta seção, refletir sobre os posicionamentos atitudinais dos profissionais da saúde em relação a gestão de risco. A enfermagem surgiu como ocupação e se constituiu

como profissão. Sua trajetória revela dificuldades para o pleno reconhecimento de seu trabalho, tanto por parte da população usuária dos seus serviços, como por outros profissionais, constatando que, seu foco é o cuidado humano, fundamental para a saúde e bem-estar. A institucionalização dos cuidados com os doentes nos hospitais e os avanços das ciências da saúde, demandam um acompanhamento por parte da enfermagem, que não pode permanecer a reboque das profissões congêneres.

Segundo a legislação vigente, o atendimento de urgência e emergência é Responsabilidade da rede do Sistema Único de Saúde, de acordo com o grau de gravidade dos casos e complexidade tecnológica de cada serviço de saúde. Os usuários que não demandam atendimento de urgência ou emergência devem ser orientados para o atendimento em unidades de atenção primária e secundária desta rede.

Conceitualmente, na área da saúde o termo acolhimento é usado para definir a atitude de disponibilidade interna do profissional para o encontro com os usuários, sempre permeado pelo diálogo e compreensão mútua. Nestes termos conceituais, o acolhimento estaria presente nas interações de profissionais e usuários desde o momento em que chegassem ao serviço de saúde até o momento de sua saída, passando, necessariamente, por todos os processos do cuidar. O termo também se refere às interações entre profissionais e equipes em todos os níveis de gestão.

Para a Política Nacional de Humanização (PNH), acolhimento é um dispositivo de humanização das práticas de saúde. Nesse sentido propõe a criação de 'práticas de atenção' que têm como principais objetivos: realizar escuta qualificada

das demandas dos usuários, compreendendo sua importância e estabelecendo uma possibilidade de comunicação efetiva entre pacientes e Instituição; oferecer respostas adequadas às demandas e aos recursos institucionais locais e da Rede SUS; Nos serviços de urgência e emergência, promover o acolhimento, incluindo a avaliação de risco clínico, segundo protocolos próprios ou de referência.

O desenvolvimento do perfil profissional de todas as profissões da saúde e particularmente de enfermagem, precisam acompanhar o desenvolvimento tecnológico acelerado em que se vive e carece de competências para lidar com esta exigência. Esse perfil deve estar alicerçado em habilidades cognitivas, técnicas especializadas e comportamentais.

As competências comportamentais, ou atitudinais são aquelas que permitem ao indivíduo ter iniciativa, motivação, responsabilidade, participação, disciplina, ética e a atitude permanente de aprender a aprender. O cuidador deve, em primeiro lugar, respeitar-se e cuidar-se; deve gostar do que faz, conhecer seus limites e manter-se em plena condição de exercer o seu compromisso profissional, atuando por inteiro junto ao cliente, família e comunidade.

Do ponto de vista da gestão de risco, a crescente especialização dos profissionais da saúde, com emprego de novas tecnologias associadas a um modelo de divisão do processo de trabalho, onde a maximização dos lucros é sempre superior ao cuidado com a eficiência do trabalho, há o perigo da robotização dos procedimentos e a conseqüente perda da essência do cuidado em enfermagem. As unidades hospitalares de médio e grande porte, e seus serviços de urgência e

emergência recebem pacientes graves ou potencialmente graves, que necessitam de recursos tecnológicos, mas, também, carecem de atendimento humanizado e especializado. (CALIL; PARANHOS, 2007).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a unidade de urgência é destinada a promover serviços médicos requeridos em caráter de urgência e emergência, para prolongar a vida ou prevenir situações críticas, e que devem ser proporcionados imediatamente (GATTI, 2004).

Para o Ministério da Saúde (MS), existe semelhança entre definições de urgência e emergência; o termo urgência é utilizado para os casos mais graves e necessidade de atendimento imediato, e, nesses casos, devem ser respeitadas a classificação de gravidade e posterior definição dos critérios de prioridade de atendimento de cada agravo (BRASIL, 2006). O serviço de urgência contemporâneo contém uma especificidade que o distingue de qualquer outro serviço da área da Saúde, pois se trata de uma assistência que deve ser prestada e realizada de forma imediata, eficiente e integrada (GODOY, 2010).

Os serviços de urgência foram criados para possibilitar que pacientes em situações graves de saúde tenham o atendimento imediato que lhes garantirá uma assistência diferenciada para a sustentação da vida, e, em seguida, serem encaminhados para outro nível de atendimento. (CALIL; PARANHOS, 2007)

Gomes (1994) define os serviços de emergência como aqueles prestados a pacientes com afecções agudas específicas, mas que exigem atendimento imediato e ofereçam profissionais com formação especializada; as urgências possuem

características que apresentam riscos e exigem agilidade no atendimento.

Esses fatores levam as unidades de urgência e emergência a estabelecerem atendimento diferenciado para cada caso, porque, se o usuário procura um serviço de urgência emergência, ele apresenta alguma ameaça à sua saúde. São os profissionais que deverão classificar os agravos e a forma de atendimento. Não se pode desmerecer a queixa do paciente que, naquele momento de ameaça à saúde, procurou o serviço disponível (CECÍLIO, 2007).

Considerações finais

O sucesso da gestão de risco em hospitais de urgência e emergência passa pelo processo de formação dos profissionais de saúde e o entendimento de que este processo deve ser voltado para as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios filosóficos, Universalidade, Integralidade e Equidade. Não menos importante, é o Modelo Assistencial a ser desenvolvido nas unidades prestadoras de qualquer tipo de assistência à saúde.

Historicamente, o sistema de saúde brasileiro, apesar das conquistas do movimento da Reforma Sanitária e a criação do SUS, tem sido palco de disputa para dois projetos que se enfrentam e convivem contraditoriamente. De um lado, o projeto oriundo do movimento sanitário, fundamentado nos valores da solidariedade e nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e de outro, o projeto neoliberal, que defende a segmentação e a privatização como alternativas de

organização do setor e que atribui aos próprios usuários a responsabilidade por sua saúde.

Atualmente, a forma de organização dos serviços de saúde, aliada aos valores sociais vigentes e ao modelo econômico e político, influencia diretamente a formação e o perfil dos profissionais da área. As necessidades, demandas e exigências do mercado de trabalho, provocadas pela reestruturação produtiva, acabam, por influenciar, em maior ou menor proporção, a formação profissional. Dessa forma, as atribuições desenvolvidas pelos profissionais podem variar entre o atendimento às exigências do mercado e o protagonismo na reversão da realidade epidemiológica.

Também são notórias as dificuldades entre a proposta de cuidado/assistência generalista e a baseada na especialização. No primeiro caso, há o risco da transformação das profissões e dos especialistas em técnicos polivalentes, com atribuições semelhantes, perdendo, na prática, a especificidade. De outro lado, a especialidade encarregada de uma parte da intervenção não pode ser responsabilizada pelo resultado global do tratamento. Os resultados desse modelo, baseado na especialidade e na diminuição crescente da capacidade de cada profissional resolver problemas, têm sido tratamentos cada vez mais longos, custos elevados e mais problemas para a gestão de riscos em hospitais gerais e de urgência e emergência.

Defende-se, pois, a posição de que é necessário refletir e implementar formas alternativas de organização do trabalho, desde o processo de formação dos recursos humanos até as formas administrativas inovadoras de administração dos serviços de saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação

pessoal e a integração do potencial do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do ambiente de trabalho com deformidade.

Exercício:

1. Como as transformações ocorridas na sociedade atualmente têm influenciado no processo saúde/doença da humanidade?

2. Morin (2004), propõe ações para a prevenção do estresse ocupacional e a promoção do bem-estar nas organizações, cite pelo menos 4 e comente.

3. Assinale com um (x), algumas das principais causas para o crescimento das doenças ocupacionais nos enfermeiros citadas no texto:

- () ritmos intensos
- () curtas jornadas de trabalho
- () repouso insuficiente
- () falta de recursos materiais
- () reconhecimento por parte dos gestores
- () qualidade de vida

4. Marque (V) se verdadeira e (F) se falsa nas frases abaixo relacionadas as medidas adotadas pelos gestores que viabilizam as demandas de trabalho:

- a) () Dimensionamento de pessoal inadequado;
- b) () Espaços de ouvidoria interna;
- c) () Viabilização e disponibilização de materiais;

d) () Insumos adequados e insuficientes para que o trabalhador não se exponha a riscos internos;

e) () Gestores e trabalhadores engajados em programas de saúde do trabalhador.

5. Quais os três componentes que fazem parte do processo de construção das competências? E como esta pode ser caracterizada?

Referências

BRASIL. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília - Distrito Federal, 2013.

BRASIL. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília, Jan-Jul de 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Rede Sentinela*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/>. Acesso em: 22 de novembro de 2016.

BRASIL. Resolução - RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, Publicada no DOU Nº 17, seção 01, de 26/01/2010.

AREOSA, J. A importância das percepções de riscos dos trabalhadores. *International Journal on Working Conditions*, Institute of Sociology/University of Porto, n.3, p.55- 64, 2012.

AREOSA, J. O risco no âmbito da teoria social. *Anais do VI Congresso Português de Sociologia*. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2008.

AZEVEDO, A.L.C.S, et al. **Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas.** Rev. Eletr. Enf. 2010 out/dez;12(4):736-45.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A.; PERES, A. M. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. *Cogitare Enferm.*, v.15, n.2, p.349-53, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BURNS, L.; DEGRAAFF, R. **The Wharton School study of the health care value chain.** The healthcare value Journal [S.l: s.n.], 2002. p. 3-26.

CALIL, A.M; PARANHOS, W.Y. **O enfermeiro e as situações de emergência.** São Paulo: Editora Atheneu; 2007.

Cartilha Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Campus Universitário - Monte Alegre - Ribeirão Preto – SP, p.1, 2010.

CECILIO, L. C. O. **A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo.** 2007. 270 f. Tese (Livre-Docência) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

COIMBRA JAH, CASSIANI SHB. Nursing responsibility in the administration of medication: some reflections for a safe practice with quality. Rev Latino-am Enfermagem. 2001;9(2):56-60.

CORDEIRO, R. Suggestion of an inverse relationship between perception of occupational risks and work-related injuries. *Cadernos de Saúde Pública*, n.18, p. 45- 54, 2002.

DAL PAI, D., LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2008; 16(3):439-44.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade em instituições de saúde**. São Paulo: Martinari; 2004.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, NMA; VIANA, DL; MACHADO, WCA. Tratado prático de enfermagem. 2 ed. São Caetano do Sul/SP. Yends Editora. 2008.

FONTANA, Rosane Teresinha. Humanização no Processo de Trabalho em Enfermagem: Uma Reflexão. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 1, p. 200-207, jan./mar.2010.

GARLET, E. R. et al. **Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência**. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 266-72.

GARLET, E. R., LIMA, M. A. D. S., SANTOS, J. L. G., MARQUES, G. Q. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2009;17(4):535-40.

GATTI, M.F.Z. **Triagem de Enfermagem em Serviço de Emergência**. 2004.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GODOY, F.S.F. Organização do trabalho em uma unidade de urgência: percepção dos enfermeiros a partir da implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. 2010. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/109.pdf>. Acesso em: 24 maio 2012.

GOETSCH, D. *Occupational Safety and Health for Technologists, Engineers, and Managers*. Prentice Hall, 2007.

GOMES, A. M. **Emergência: planejamento e organização da unidade: assistência de enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1994.

HAUSMANN M, PEDUZZI M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. 2009; 18(2):258-65.

LEITE, P. C.; SILVA, A. Morbidade referida em trabalhadores de enfermagem de um centro de material e esterilização. *Ciênc Cuid Saúde*, v.6, n.1, p.95-102, 2007.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. Pedagogia das competências: um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem. Uma revisão de literatura. *Acta Paul Enferm.*, v.19, n.1, p.92-9, 2006.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Fortaleza, v.9, n.1, p.111-119, 2008.

MORIN, E. The meaning of work in modern times. Retrieved from http://web.hec.ca/criteos/fichiers/upload/MOW_in_MTimes_EMM200804.pdf. 2004.

OLIVEIRA, B. R. G. de; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. latino-am. enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, 2001.

PIRES, D.; GELBKER, F. L. **Transformações no mundo do trabalho e a enfermagem**: transformações e oportunidades no mercado de trabalho. Curitiba (PR): 2001.

RADUENZ, A.C, et al. **Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(6):[10 telas] nov-dez 2010.

RITTER, R. S.; STUMM, E. M. F.; KIRCHER, R. M. Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.2, p.236-248, 2009.

ROSSI, F. R., SILVA, M. A. D.. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**. 2005;39(4):460-8.

SANTOS, J. L. G.; GEHLEN, G. C.; WEIS, A. H.; GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S.. **Nursing practice in emergency care: systematic review**. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2009 [cited 2009 Dec 20];8(3). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/1243>.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):695-702.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Revista Trabalho e Educação*, n.7, p. 38-46, 2000.

SILVA LD, SANTOS MM. Interações medicamentosas em unidade de terapia intensiva: uma revisão que fundamenta o cuidado do enfermeiro. *Rev enferm UERJ*. 2011;19(1):134-39.

SILVA, R. M. et al. Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. *Rev. Texto Contexto Enferm.*, v.18, n.2, p.298-305, 2009.

SULZBACHER, E.; FONTANA, R. T. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.66, n.1, 2013.

WHO (World Health Organization). **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2006-2007**. Geneva: WHO Press, 2006. 56 p.

WHO, World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006**. WHO, 2005.

Gabarito de respostas:

3. (a) (c) (d)

4. (F) (V) (V) (F) (V)

5. São eles:

- Primeiro componente: refere-se a uma mesma situação, de um mesmo tipo e com uma mesma estrutura;

- Segundo: traz uma suposição da utilização dos recursos cognitivos específicos, sem haver competência caso estes

precisem ser construídos, ou se todos os saberes tiverem que ser aprendidos, todas as capacidades serem desenvolvidas, ou ainda se as informações pertinentes precisem ser coletadas;

- Terceiro componente: refere-se a um treinamento que mobiliza e adapta recursos para que seja possível o gestor decidir e agir corretamente.

As competências ainda, podem ser caracterizadas como sendo de habilidade e característica pessoal que contribui para se atingir um desempenho de alto nível, e que incluem mais do que as habilidades técnicas necessárias para realizar tarefas inerentes à função.

9

GESTÃO DE RISCO E AS COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS

Rômulo Wanderley de Lima Cabral
Dhyanine Moraes de Lima
Germana de Fátima de Freitas G. Gonçalves
Rejane Barbosa Ciriaco Pinheiro
Tâmela Costa

Introdução

Na prática do cuidado em saúde, os pacientes e os trabalhadores de enfermagem estão expostos a riscos advindos do desenvolvimento de atividades assistenciais diretas e indiretas, relacionados à limpeza e desinfecção de materiais, equipamentos, ao ambiente e aos procedimentos cirúrgicos, essas atividades apresentam situações que exigem organização de tarefas e tomada de decisões, originando formas e meios que podem reduzir estes riscos, através de adequado preparo profissional. Essa situação induz a necessidade de um contínuo processo de adaptação entre o trabalhador, trabalho e paciente para que a assistência seja adequada e de boa qualidade.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN e seus respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem - COREN cientes de que a equipe de enfermagem possui um papel fundamental nos processos que envolvem a atenção ao paciente vem assumindo, a partir de 2010, o compromisso de promover uma campanha pela segurança do paciente, esclarecendo e chamando para si a responsabilidade de um novo olhar

sobre suas práticas cotidianas e identificar falhas no processo possíveis de gerar erros.

No mesmo propósito, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) vem elaborando programas e diretrizes que visam sensibilizar e mobilizar profissionais de saúde e a população para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente, e a cooperação técnica entre instituições de saúde e educação, divulgando conhecimentos e desenvolvendo ferramentas para o fortalecimento da assistência de enfermagem e a mudança da realidade. Assim, vem sendo elaboradas normas, rotinas e manuais com os processos básicos de atenção e cuidados de enfermagem para a promoção da segurança do paciente (BRASIL, 2014).

Entretanto, a implementação destas normas e rotinas nos diferentes locais de assistência se constitui em um processo complexo, frente à crise organizacional e econômica vigente no sistema de saúde, gerando ampla demanda por uma gestão eficiente, que administre a escassez de recursos e o desenvolvimento de programas e realize uma articulação maior entre os profissionais. Para atender as demandas atuais as instituições exigem um perfil profissional em constante desenvolvimento para acompanhar as inovações tecnológicas, com potencial para resolução de problemas, capacidade de negociação e proativo. Além de exigir das (os) enfermeiras (os) agilidade e decisões assertivas, criativas, inovadoras, agregando valores, competências e habilidades.

Estudos relacionados aos riscos e à segurança dos pacientes e à participação do enfermeiro na implantação de

estratégias para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência de enfermagem são necessários, podendo ajudar os profissionais a conhecerem as causas e os efeitos à saúde do paciente e possibilitar conhecimentos adequados à prevenção de novas ocorrências e a implementação da cultura da segurança nos serviços de saúde. Diante destes fenômenos e das competências necessárias dos enfermeiros questiona-se: quais as competências do enfermeiro frente a presença dos riscos e a promoção da segurança no contexto dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, este capítulo apresenta como objetivos identificar a Gestão de risco e as competências do enfermeiro no processo de atenção à saúde, descrever as competências no processo assistencial, abordando como o gerenciamento de risco e a segurança dos pacientes devem ocorrer, com a identificação dos principais eventos adversos e o sucesso da gestão de risco.

Competências profissionais de enfermeiros

Com o passar dos anos a enfermagem expandiu seu campo de atuação profissional e para que o usuário pudesse ter uma assistência de qualidade, o enfermeiro desenvolveu competências, tornando-se capaz de lidar com diversas situações não apenas com o usuário, mas nas diversas formas de atuação nos serviços de saúde, geralmente com uma carga horária de trabalho excessiva e uma equipe reduzida de profissionais.

A enfermagem é uma profissão que atua na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde dos indivíduos contribuindo para melhoria da qualidade vida, cuja essência está no cuidado prestado ao ser humano, realizado de

forma sistematizada por equipes de profissionais que tem competências e atribuições diferenciadas em unidades básicas de saúde, clínicas, escolas, indústrias instituições hospitalares (públicas, privadas e beneficentes), como também, participando de forma efetiva na assistência à saúde individual, familiar e coletiva (PEREIRA et al, 2008).

Para Manenti et al., (2012), a competência não significa ter apenas os conhecimentos e habilidades, mas saber utilizar destes recursos para criar condições favoráveis à sua aplicabilidade nas situações que demandam as exigências do mercado de trabalho.

Pereira et al. (2008, p.62), descrevem dez (10) competências que foram adaptadas para a enfermagem e são:

Comunicação: capacidade de tornar o processo e as relações de trabalho conhecidas por todos, de descrever, informar e esclarecer; de reorientar; de expressar-se e ouvir os demais; de alinhar missão, visão, diretrizes, objetivos, ações e informações, viabilizando a eficácia e eficiência.

Resiliência: capacidade de tratar a experiência negativa como uma oportunidade de aprendizagem; de responder a pressões de tempo e conflitos interpessoais com ações para a solução de problemas, com respeito, mesmo sob pressão.

Mudanças: capacidade de planejar e adaptar-se às transformações, de apoiá-las e avaliá-las e de resistir a elas quando inseguras ou ilegais.

Trabalho em equipe: capacidade de cooperar com ações, ideias, sugestões e empenho; de unir e de investir na

equipe, de coordenar ações individuais; de evitar comentários inadequados e de superar problemas.

Liderança: capacidade de influenciar o comportamento dos demais em prol do alcance dos objetos organizacionais, de encorajamento, de persuasão e motivação.

Conflitos: capacidade de expressar opiniões direta e claramente, com respeito; ouvir a opinião e sentimentos e de demonstrar compreensão; de comunicar discórdias, de aceitar feedback negativo como aprendizado; de negociar posições.

Diversidade: capacidade de trabalhar efetivamente com indivíduos de diversas formações; sexos, origens étnicas, sociais, educacionais; de evitar estereótipos, preconceitos e comentários negativos sobre outros.

Integridade: capacidade de tomar decisões e agir com ética, justiça, lealdade e discrição.

Organização: capacidade para o planejamento, direção, controle, avaliação e aperfeiçoamento; para seguir políticas, diretrizes e metas e visualizar a missão.

Motivação: capacidade de diagnosticar necessidades, interesses e motivos de gerenciar o contexto visando à satisfação da equipe, com comprometimento.

De acordo com Costa, Meirelles e Erdmann (2013, p.4), as competências do profissional com gerenciamento de risco e segurança do paciente incluem:

As ações que se referem a planejar, acompanhar, investigar, mensurar, supervisionar e avaliar os processos evidenciam competências relacionadas à função de liderança dos enfermeiros, no programa de gerenciamento de risco. Além

das ações mencionadas, também foi destacado que, para o êxito desse programa, devem ser incorporadas estratégias que evitem a fragmentação dos processos, pois isso pode acarretar o não entendimento do todo e, conseqüentemente, a não resolução dos problemas.

Os enfermeiros que trabalham com gestão de pessoas têm buscado qualificar a assistência de enfermagem, redirecionando os profissionais para uma atenção integral e para o cuidado direto com o paciente, representando a categoria em busca de boas condições de trabalho, apoiando o autodesenvolvimento profissional e implementando programas de educação continuada (AUED et al, 2016).

A educação continuada tem um papel importante dentro das instituições de saúde, pois permite que o profissional possa estar constantemente sendo apresentado a inovações, mudanças e se qualificando, gerando um feedback com a instituição, pois ela investe em educação e o profissional em resposta oferece mão de obra qualificada e quem ganha é o paciente recebendo assistência humanizada e de qualidade.

As mudanças que vem ocorrendo no perfil de competências dos enfermeiros visam atender as necessidades de saúde do usuário, exigindo que os profissionais saibam agir, mobilizar, transferir conhecimentos para resolver situações práticas e aprender continuamente para saber atender as exigências e necessidades na área de atuação (MANENTI et al, 2012).

Em decorrência de várias mudanças que vem acontecendo no mundo e no Brasil, nas diversas esferas da vida humana, em particular no campo de trabalho, tem-se ampliado uma

discussão sobre as competências profissionais e no campo da enfermagem é assunto emergente, gerando dúvidas sobre, qual o limite da competência profissional de um enfermeiro e qual modelo é responsável por regular esses limites (PAIVA; JUNIOR, 2012).

O processo de gestão por competências é uma tendência nas organizações de saúde, sendo um desafio lidar com a racionalidade necessária, saber se relacionar com pessoas difíceis, situações problemáticas e saber gerenciar conflitos, esses são alguns desafios que se destacam para quem assume a gerencia de pessoas em uma gestão por competências (MANENTI et al, 2012).

De acordo com Pereira et al., (2008), o perfil de competências do enfermeiro tem como foco o processo motivacional da equipe de enfermagem e abrange: os conhecimentos; as habilidades e as atitudes. Os conhecimentos são adquiridos através das diversas teorias como a Teoria das Necessidades Humanas de Maslow, McGregor, Herzberg e Alderfer. Teoria das Metas de Locke, da Equidade de Adams e da Expectativa de Vroom. Trabalho em equipe e processo decisório, Estilos LIFO de Katcher e Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho. Além dos relacionados às técnicas e processos específicos da profissão e suas especialidades.

As Habilidades dos profissionais são representadas pela observação, negociação, relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, criatividade, tomada de decisão e avaliação. E, as Atitudes são concebidas pelo desenvolvimento e motivação das pessoas com foco nas ações, respeito, generosidade, rigor,

equidade, bom senso, inovação, desafio, lealdade e coerência (PEREIRA et al., 2008).

O conhecimento dos enfermeiros que trabalham com gerenciamento de risco está focado no registro de eventos adversos e que, após a notificação pelos membros do comitê de gerenciamento de risco são realizadas orientações e discutidas as estratégias de prevenção, corroborando com atividades educativas para melhoria desse processo (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

Neste contexto, é importante o enfermeiro ter uma boa relação com sua equipe, buscando sempre motivar, mesmo diante de algumas dificuldades que surgem no cotidiano, o exercício profissional está centrado na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas que podem ser: família, comunidade, pacientes ou colegas de trabalho.

As competências começam a surgir quando os enfermeiros têm atuado entre 1 a 2 anos na enfermagem, aqueles que não desenvolveram competências ou desenvolveu poucas, considera não terem vivido situações clínicas suficientes para diversificar seu rol de competências (AUED, 2016).

Algumas instituições de saúde têm interesse que o profissional enfermeiro tenha competências suficientes para atuar em qualquer setor, mas outras instituições não possuem interesse em saber se o enfermeiro possui alguma competência, se não as possui, mas manifesta interesse em desenvolvê-las, se tem medo, frustrações, inseguranças, algo que prejudique o desenvolvimento das competências profissionais.

Quando um profissional é reconhecido pela instituição que atua por ter desenvolvido várias competências, esse mesmo trabalhador sente-se valorizado e não trabalha com medo de ser substituído e dessa forma oferece uma excelente assistência.

O gerenciamento de risco para a segurança do paciente.

Quando se trata de gerenciamento, fala-se em organização, em competências para direcionar de forma clara e necessária a obtenção de cuidados. Riscos são parâmetros ambientais circunstanciais, constitucionais e genéticos que estão presentes no corpo e no modo de viver. É importante saber que existem fatores de risco controláveis e fatores de risco não controláveis.

É fundamental que a intervenção e a orientação sejam feitas por uma equipe interdisciplinar, isto é, por meio de ações coletivas de cuidar para evitar e/ou eliminarem fatores de risco, isso indica que a enfermagem deve investir no processo de preparo do pessoal para que possa com competência, saber identificar e prever os problemas nos usuários e na comunidade/coletividade, discutir quais os meios de possibilitar ações frente à problemática.

A gestão de risco é um processo no qual são criadas formas de diminuição e/ou eliminação dos efeitos adversos que possam ocorrer durante a prática dos profissionais da saúde. O enfermeiro desempenha um papel fundamental e de grande importância frente à problemática, por se tratar de um profissional de grandes habilidades e por realizar várias funções em relação à segurança do paciente e à tomada de decisão.

Cabe ao profissional de saúde nesse caso, o enfermeiro como gestor, identificar e, sobretudo trabalhar de forma a tornar possível medidas de prevenção aos riscos encontrados para a saúde do usuário.

São vários os riscos representados por situações, procedimentos e/ou condutas que possam de forma direta afetar e causar danos ao bem-estar do paciente, levando o mesmo a condições de complicações e outras formas de danos à saúde. Alguns riscos encontrados e revisados na literatura são expostos: Riscos de queda dos pacientes institucionalizados, as infecções hospitalares, erros de administração de medicamentos realizados por profissionais da saúde, úlceras por pressão, a jornada de trabalho que por muitas vezes ser longas e deixam a desejar o trabalho do profissional, a falta de profissionais suficiente para obtenção de manejo eficiente dos usuários.

Sabe-se que os problemas enfrentados pelos profissionais de saúde para combater os riscos para segurança do paciente são complexos, especialmente nos dias atuais, no tocante à saúde pública essa não fornece condições satisfatória. O profissional de saúde especificamente o enfermeiro, quando gestor, precisa estar atualizado e capacitado para trabalhar e promover educação continuada à sua equipe, como forma de fornecer dados para a realização de cuidados na prevenção de risco à saúde do paciente.

Infelizmente nosso país passa por problemas sócios políticos e de ordem financeira severa, favorecendo uma condição insatisfatória de trabalho e sobrecarga da enfermagem impossibilitando esses profissionais que são em grande contingente nos serviços de saúde, mas que ainda são inferiores

ao número de usuários hospitalizados nas instituições (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

Os gestores, de forma geral tem que ter o fortalecimento cultural de segurança no âmbito paciente/ hospital. As ações precisam ser mais eficientes e seguras, sendo necessário planejar, dimensionar, capacitar, de forma justa e baseada nas necessidades do paciente. A assistência está defeituosa, sanada a tantos problemas, mesmo assim, o gerenciamento prestado deve ter como foco central a segurança do usuário como um todo.

É correto, exigir das organizações e departamentos de gestão, que os profissionais de saúde tenham uma pequena força? Só é possível qualificar qualquer meio de prevenção quando se busca valorizar o trabalho de toda equipe e quando trabalhado esses meios de acesso, fica mais dinâmico promover cuidados e medidas de prevenção.

É importante saber que existem fatores de riscos controláveis e outros riscos não controláveis. Atualmente, é possível intervir nos fatores controláveis, os não controláveis e de origem genética, ainda dependem de muitos estudos (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

A partir da década de 2000, a segurança do paciente entra para a agenda de pesquisadores de todo o mundo e passa a ser internacionalmente reconhecida como uma dimensão fundamental da qualidade em saúde. Reconhecendo de forma geral a magnitude do problema da segurança do paciente a nível global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a segurança do paciente (World Alliance for Patient Safety). Realizando desta forma, iniciativas

para definir e identificar ações de prioridade para promover segurança ao paciente.

São necessários que os gestores criem condições, ferramentas para implantar de forma segura, que também venham a assegurar aos profissionais de saúde e toda a equipe que atua na assistência, meios de continuidade no gerenciamento de risco para a segurança do paciente.

Todo gestor em saúde precisa ser um divisor de águas, participativo e qualificado para dar continuidade no gerenciamento, favorecendo a equipe e ao paciente, ofertando meios de formular novos indicadores de prevenção e risco para assegurar a segurança do paciente. Todavia, é dever da enfermagem trabalhar em parceria com outras profissões e a medicina para dar continuidade e não deixar passar o problema em questão. A equipe trabalha com o mesmo propósito, fazendo com que tais acontecimentos venham a beneficiar o usuário na prevenção de risco. Ser hospitalizado coloca os pacientes em risco constante. A experiência é, em geral, pelo menos assustadora (FANINI; HAHN, 2012).

Cabe ao enfermeiro proteger, de forma ampla os pacientes, independentemente de seu estado socioeconômico, da situação da doença ou da origem cultural dos seus pacientes. Que no contexto de cuidados de saúde, o enfermeiro é responsável por promover a identificação e eliminação dos riscos de segurança, seguir a política da agência de acreditação e os procedimentos que proporcionam a comunicação permanente com os colegas de trabalho, são duas principais maneiras de manter a segurança dos pacientes. O ato da comunicação contínua entre os colegas diminui o risco existente para o paciente hospitalizado, sendo

assim uma maneira segura e eficiente de manter o elo de segurança do mesmo.

O enfermeiro e toda a sua equipe, fica responsável por promover condições adequadas para assegurar os cuidados de prevenção para a saúde do paciente, colocando medidas como:

Promover um ambiente livre de risco, como evitar quedas;

‣Capacitar a equipe com informação continuada para prevenir os riscos à segurança do paciente;

‣Conscientizar o paciente e família para que juntos sejam tomadas medidas para prevenir o risco à saúde do mesmo;

‣Evitar possíveis infecções ocasionadas por falta de atenção e disciplina da equipe; exemplo: Promover a higiene das mãos ao manipular o paciente;

‣Avaliar sempre de forma segura e eficaz, a administração de medicamentos e orientar a equipe de enfermagem quanto à identificação do paciente e vias de administração de medicamentos, desta forma é possível evitar erros com maior incidência.

É inegável a importância do papel do enfermeiro gestor, uma vez comprovada às habilidades e funções complexas do mesmo, este tem como benefício aumento de sua autoestima. Sendo, as afirmativas reais da qualidade da segurança, do fundamento e eficiência do seu saber quanto profissional da equipe multidisciplinar, a responsabilidade no gerenciamento de risco para a segurança do paciente.

Por esses motivos, é de suma importância manter cuidados e medidas para prevenir danos ao paciente e promover

qualidade de vida no âmbito da internação em instituições de saúde, seja privadas e/ou públicas.

Cabe aos profissionais se conscientizarem da importância do seu papel frente à problemática abordada. Também cabe ao enfermeiro avaliar, delegar e comunicar possíveis riscos à saúde do paciente, atuando assim de forma clara e realista na prevenção de futuros danos à saúde do paciente quando hospitalizado.

A organização, educação, qualidade de serviço, planejamento, adequação de medidas e direcionamento de informações, fará a diferença no gerenciamento de risco para a promoção da segurança do paciente em todas as esferas de saúde. Mas, para que tais informações possam fazer parte do dia a dia de toda a equipe, se faz necessário à educação continuidade das pessoas, construir normas e rotinas sobre risco e segurança entre os membros da equipe (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2011).

O enfermeiro no gerenciamento de eventos adversos

Os eventos adversos são lesões ou prejuízos involuntários nos quais podem implicar na incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de duração ou morte como resultado do cuidado prestado. Os profissionais de enfermagem em contato direto com o paciente, estão propícios a cometer erros, até mesmo provenientes da ausência de atenção ou por outras causas. Tais erros são considerados como eventos adversos ocasionados pela prática assistencial (MENDES et al., 2008).

O enfermeiro precisa estar ciente da sua função na assistência de enfermagem, sobretudo, acerca da segurança do paciente, pois é de responsabilidade os atos errôneos praticados por sua equipe, partindo da assistência prestada até os erros que envolvem este processo. Assim, o cuidado fornecido ao paciente incluindo sua segurança durante a internação, consiste em uma obrigação ética que precisa ser sustentada pelos profissionais da saúde e da enfermagem desde a sua formação.

De acordo com estudo realizado por Duarte et al., (2015), foi possível identificar que em um período de quatro anos, entre 2010 a 2014, os principais eventos adversos na assistência de enfermagem foram categorizados como: os relacionados à administração de medicamentos; relacionados à vigilância do paciente; os relacionados a manutenção da integridade cutânea e os relacionados aos recursos materiais, como mostra o Quadro 1:

Quadro 1 – Principais eventos adversos identificados pela literatura.

Tipos de eventos adversos	Eventos adversos descritos na literatura
Eventos adversos relacionados à administração de medicamentos	Omissão de medicamentos, erro no preparo de medicamento, erros no horário de administração, dose do medicamento inadequada e erros na técnica de administração.
Eventos adversos relacionados à vigilância do paciente	Queda do paciente do leito e da própria altura; perda de cateteres, sondas e drenos
Eventos adversos relacionados à manutenção da integridade cutânea	Não realização de mudança do decúbito; posicionamento inadequado do paciente no leito
Eventos adversos relacionados aos recursos materiais	Falta de equipamentos; equipamentos com defeito

Fonte: DUARTE et al., 2015.

Os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos são os mais frequentes, e a probabilidade de um indivíduo sobreviver a uma internação hospitalar livre da ocorrência destes varia, conforme o tempo (ROQUE; MELO, 2011). Desta forma, é imprescindível a participação do enfermeiro durante todo o andamento dos cuidados prestados ao paciente, com a perspectiva de que a administração de medicamentos é um dos fatores mais susceptíveis à ocorrência de erros gerando prejuízos aos pacientes, a começar pelo não-recebimento do medicamento necessário até lesões e morte.

Estudo realizado por Lanzillotti et al., (2015), em revisão de literatura, os incidentes mais frequentes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal estão vinculados a problemas no uso medicamentoso, principalmente no que concerne a dosagem incorreta ou inadequada (média de 38%), seguido da omissão, (ato de não administrar o medicamento prescrito ou ausência de prescrição de medicamentos necessários) com 31,6%, falha na técnica de administração e via de administração errada ambos com 21%. Outros incidentes foram: infecção associada aos cuidados em saúde (IACS) com 31,5%, lesão cutânea com 21%, problemas na ventilação mecânica (falha na extubação com 31,5% e extubação acidental com 10,5%) e perda de cateter vascular com 15,8%.

Compete ao enfermeiro executar, planejar e coordenar seu ambiente de trabalho, atuando e implantando ações que amenizem os erros. Para a enfermagem alcançar o controle do processo de medicação sob sua responsabilidade, que mantenha a segurança do paciente, é preciso haver programas de educação continuada e incorporados a tecnologias, novas

condutas e avanços no sistema de informação na prática assistencial (SILVA; GARCIA, 2009).

Quanto aos eventos adversos sobre a vigilância do paciente, destacaram-se as quedas do leito e da própria altura, a perda de cateteres, sondas e drenos, e as extubações não programadas. Um estudo retrospectivo realizado em 2009, em uma unidade de Clínica Cirúrgica de uma instituição de Goiás, destacou que dos 264 eventos adversos identificados, 61,36% referiam-se a perda de cateteres, sondas e drenos, seguido pelas quedas do leito e da própria altura com 18,56% (CARNEIRO et al., 2011).

Outros problemas enfatizados pela literatura são os eventos adversos associados à integridade cutânea do paciente, como a não realização das mudanças de decúbito, o posicionamento inadequado no leito e o conseqüente desenvolvimento de úlceras por pressão e a não realização de curativos (DUARTE et al., 2015).

Conforme Silva et al. (2010), nos eventos adversos relacionados aos recursos materiais, um hospital sentinela da região centro-oeste identificou ocorrências na previsão e provisão de materiais, manutenção de equipamentos e presença de animais no centro cirúrgico, com a suspensão de cirurgias, apesar do paciente estar anestesiado. No que se refere às conseqüências dos eventos adversos foram apontados que, 83,9% causaram danos temporários necessitando da intervenção e/ou prolongamento do tempo de internação e 16,1% ocasionaram óbito do paciente.

Estudo realizado em 2011, na clínica cirúrgica de um hospital da região centro-oeste por Paranaguá et al., (2013),

houve a prevalência de 18,7% de eventos adversos, indicando 140 internações expostas, pelo menos, a um evento. Foram registrados 218 eventos adversos. Os eventos adversos mais recorrentes foram relacionados ao processo clínico, com destaque para a dor aguda em pós-operatório, exigindo substituição ou adição de terapia medicamentosa. Além disso, a retirada não programada dos dispositivos tubulares resultou em procedimento adicional (reimplantação de cateter, sonda e/ou dreno, nova punção e aumento do tempo dispensado para a assistência ao paciente).

Vale ressaltar que o enfermeiro tem sido responsável pela organização e coordenação das atividades assistenciais nos hospitais e por possibilitar que os demais profissionais da equipe de enfermagem e outros, da equipe de saúde, trabalhem no ambiente hospitalar. Nessa perspectiva, a notificação do evento adverso funciona como ferramenta de dados e informações as quais conduzem a comunicação entre profissionais e são favoráveis à gerência.

Notificar os eventos é relevante, pois se torna um meio de comunicação para a enfermagem acerca das ocorrências inesperadas. Com isso, proporciona a identificação das falhas, de modo a promover transformações necessárias e contribui para o sucesso do desenvolvimento assistencial. Os eventos adversos geram tanto riscos aos pacientes, quanto grandes prejuízos financeiros às instituições de saúde (SILVA et al., 2014).

A qualidade da assistência requer um controle que possibilite a avaliação das atuações da enfermagem. Desta forma, para avaliar a assistência do setor, é preciso determinar

medidas, assim como a implantação de indicadores da qualidade assistencial. O gerenciamento dos riscos deve estar presente diariamente na vida dos profissionais e das instituições de saúde, sobretudo nos setores de emergência, pois necessita de cuidados rápidos e especializados que podem elevar os riscos para ocorrência de erros (BECCARIA et al., 2009; MELO et al., 2013).

Para Dias et al., (2014), é preciso que o enfermeiro se responsabilize pelo planejamento das ações de enfermagem inerentes à disponibilização de recursos materiais adequados e seguros, bem como, pela capacitação da equipe e promoção de condições, as quais viabilizem a prestação do cuidado e assegure a segurança do paciente.

A enfermagem, segundo Lima et al., (2014), está diretamente ligada à realização de eventos que estão relacionados à ocorrência de erros na prática em saúde. Deste modo, a prática da enfermagem deve estar centralizada no cuidado mediante o respaldo do conhecimento, diálogo e estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, e alicerçada em atitudes e habilidades que propiciem um ambiente seguro. A qualidade adjunta à segurança, são aliadas para excelência na assistência a ser fornecida.

Ressalta-se que a percepção diária de situações de risco é um fator cooperativo para o gerenciamento do cuidado apropriado, com foco na prevenção do erro e a determinação da segurança como um costume na instituição. Os eventos adversos carecem de seu entendimento como um todo, levando-se em consideração aquilo que se encontra além de seu acontecimento, tais como as sobrecargas de trabalho, ausência

de conhecimento dos profissionais, falha de comunicação, infraestrutura institucional precária, dentre outros (DUARTE, et al., 2015).

Nunes et al., (2014), afirmam que o desenvolvimento de estratégias capazes de amenizar ou até mesmo extinguir as dificuldades para implementação da segurança do paciente, é necessário propiciar condições adequadas de trabalho para a equipe de enfermagem. As falhas cometidas pelos profissionais com as quais implicam em danos aos pacientes podem ser resultantes de negligência (ação divergente da correta, oriunda da passividade ou omissão do profissional), imperícia (falta de conhecimento ou habilidade para a execução de uma determinada função) ou imprudência (exposição do paciente a riscos desnecessários).

O quantitativo apropriado de profissionais é fundamental para o cuidado seguro, sendo responsabilidade institucional fornecer condições favoráveis de recursos humanos nas unidades. Pois, a adequação quantitativa de profissionais, conforme as necessidades dos pacientes, pode proporcionar menor risco aos pacientes e reduzir a incidência de agravos à saúde dos trabalhadores (SILVA, 2010).

Os enfermeiros podem apresentar limitações na correlação entre as ações desenvolvidas, no processo de trabalho em saúde e no reconhecimento desses elementos. Isso conduzirá a uma prática não planejada, centrada nos procedimentos e demandas instantâneas, dificultando a compreensão para quem tem a responsabilidade de realizar o cuidado em saúde. Além disso, a insuficiente supervisão da enfermagem aumenta os riscos de ocorrência de eventos adversos.

A gerência de enfermagem exerce uma função significativa perante os eventos adversos. Por este motivo, propõem-se a adoção de incentivos às notificações mediante métodos de educação continuada, que venha a fortalecer a implantação de um sistema informatizado menos punitivo (SILVA et al., 2014).

Portanto, torna-se viável que os gestores assegurem que os dados gerados sejam mais fidedignos e obtenham-se maiores números de notificação. Além disso, possibilitar que as instituições de saúde esquematizem novos métodos de cuidados e valorização dos profissionais da saúde com a promoção e prevenção dos eventos, a qualidade na assistência e a segurança integral dos pacientes.

O sucesso e os avanços da gestão de risco

A qualidade na prestação de serviços em saúde tem sido bastante discutida, com o objetivo de garantir e assegurar que o cuidado prestado ocorra de forma eficiente, sem erros ou falhas e que estejam estabelecidos dentro dos padrões de qualidade. Isso serve de segurança tanto para o cliente quanto para o profissional. Todavia, para que o paciente receba uma assistência de excelência, de acordo com o Ministério da Saúde, é importante a aplicação do Gerenciamento de Risco (GR), que visa a aplicação sistemática de procedimentos, condutas e ações, para análise, avaliação, controle e monitoramento de risco e eventos adversos, de forma sistemática e contínua, que afetam a segurança, a saúde do paciente e, conseqüentemente, qualidade da assistência (BRASIL, 2013).

No Brasil, o Gerenciamento de Risco (GR) foi expandido a partir do ano de 2001 pela Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (ANVISA), no projeto Hospitais-Sentinela, cujo objetivo foi elaborar mecanismos para minimizar eventos adversos na prática clínica, na rede hospitalar (ANVISA, 2012). A partir dessa iniciativa, a contínua adoção de novas tecnologias e métodos na área da saúde, fez com que as organizações implementassem de forma sistematizada, a supervisão dos eventos adversos no intuito de obter maior segurança nas ações realizadas. É importante ressaltar que essas tecnologias devem ser colocadas à disposição do sistema de saúde e incorporadas à prática clínica, proporcionando benefícios com resultados significativos sobre o aumento da expectativa de melhoria da qualidade de vida das pessoas (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010).

A preocupação com a qualidade da assistência, processos e tecnologias utilizadas em serviços de saúde deixou de ser um privilégio e passou a ser um tema de suma importância e prioridade na agenda de diversas entidades, como da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da ANVISA, em prol de ações voltadas para a segurança do paciente e do profissional (BRASIL, 2012).

O Gerenciamento de Risco é a mola mestra para obter condições adequadas no quesito assistência e oferta de trabalho seguro. Já que é uma das principais estratégias que contribuem para identificação precoce de situações perigosas, além de fornecer o suporte e informações necessárias para a tomada de decisão com o foco na atitude assertiva e no desempenho seguro nos serviços. Mas, para a implantação do Gerenciamento de Risco são necessárias à execução sistemática das estratégias de gestão organizacional, a integração de todos os processos

de cuidado, o uso de melhores evidências, transparência, responsabilização, sensibilização dos profissionais, atitude de reagir as mudanças e prevenir danos e, principalmente, crie uma cultura de segurança (SILVA, 2010).

Dentre as ações para minimizar os riscos do paciente, podemos citar a identificação correta; utilização de protocolo de cirurgia segura; uma assistência limpa com a lavagem das mãos antes e depois dos procedimentos, além de manipulação asséptica dos artigos médicos; controle de infecção associado aos cateteres periféricos e centrais; prevenção de acidentes adversos com medicações; revisão de prontuários; entre outros (BRASIL, 2013).

Juntamente com a adoção de novas tecnologias e técnicas, o sucesso do Gerenciamento de Risco perpassa, pela comunicação e o registro dos eventos adversos e podem significar mudanças na cultura da organização, sendo necessário reconhecê-las e saber o que as originou. A partir desse contexto, os registros dos eventos adversos, por parte da equipe de enfermagem, permitem elaborar estratégias de prevenção, culminando, em uma melhor prática (BRASIL, 2014).

Para Silva (2010), é importante ressaltar que as subnotificações dos eventos adversos, juntamente com o medo da punição, podem limitar a efetividade dos registros desses eventos e a avaliação da qualidade. Sendo assim, pode-se utilizar do sigilo e do anonimato para realização da notificação, evitando encontrar responsáveis e culpados, mas sim, maneiras de corrigir o erro e trabalhar em cima dos processos de trabalho a fim de evitar novos incidentes.

Além disso, a existência de um comitê de segurança do paciente, composto preferencialmente por uma equipe multidisciplinar e a adoção de metodologias de análise de riscos, podem ser estratégias relevantes para prevenção dos eventos adversos, assim como estudar os erros para evitar sua repetição. Diante desse contexto, destaca-se a formação continuada dos profissionais estando de acordo com as melhores práticas. Tendo em vista que o cuidado prestado ao usuário é complexo, por isso, tais profissionais precisam dispor de conhecimento técnico-científico, possuir competências e habilidades específicas, bem como, dispor de equipamentos de excelente qualidade para realizar os procedimentos (LIMA; MELLEIRO, 2011).

Considerações finais

Quando discutimos e analisamos a assistência à saúde nos hospitais brasileiros, passamos a verificar que os erros ou os eventos adversos e suas consequências são consideravelmente maiores, devido à precariedade dos serviços prestados, à falta de dimensionamento adequado de pessoal, à carga horária excessiva e à má remuneração dos profissionais.

Geralmente, esses eventos adversos são associados ao erro humano, entretanto, a maioria das situações que envolvem esses problemas é decorrente ou desencadeadas pelas precárias condições de trabalho e pela complexidade das atividades desenvolvidas. Além do avanço tecnológico têm-se deficiências no aperfeiçoamento dos recursos humanos, a desmotivação, falha na aplicação da sistematização da assistência de

enfermagem - SAE e a sobrecarga de serviço (PERRY; POTTER; ELKIN, 2013).

Esse aspecto, vem ganhando força a estratégia direcionada para a qualidade e segurança do paciente que surgiu como um suporte para as equipes multiprofissionais, a qual deverá ser desenvolvida de forma contínua e estar fundamentada em estudos científicos, a fim de que se possa avaliar a sua eficácia a curto, médio e longo prazo. A presente proposta parece ser factível desde que os profissionais comprometidos atentem para a importância do problema e se envolvam nessa estratégia de modo a conseguirem estabelecer um nível de proteção à assistência prestada aos usuários sem comprometer o atendimento humanizado e efetivo à população afetada.

Cabe ressaltar o impacto na redução dos riscos e dos danos e a incorporação de boas práticas e da segurança do paciente para a qualidade da assistência de enfermagem, favorecendo a efetividade dos cuidados de enfermagem e o seu gerenciamento de modo seguro. Esta melhoria depende da mudança de cultura dos profissionais para as práticas seguras, do uso de indicadores de qualidade, da existência de um sistema de registros, com implantação da política de segurança do paciente.

O benefício do Núcleo de Segurança é o de colaborar para a melhoria do desempenho laboral e na qualidade da assistência prestada. A implantação do Núcleo prevê a criação de uma Comissão de Gestão para avaliação do grau de satisfação profissional quanto à qualidade da assistência com a proposição de apoio e melhorias na qualidade do atendimento a serem implementadas no ambiente de trabalho, além disso, estabelece

parcerias com os serviços para assegurar o fortalecimento e a manutenção do plano de segurança do paciente.

Com a implantação do Núcleo espera-se que os profissionais estejam mais preparados para conviver e lidar melhor com as situações que provocam estresse, que reconheçam e respeitem seus limites, que aprendam a lidar com a ansiedade e possam estar mais motivados, melhorando a qualidade dos serviços prestados e aprendendo em alguns casos a utilizar o estresse a seu favor. Além de melhorar as relações interpessoais e também amenizar o impacto dos eventos adversos com redução do índice de erros.

Esforços contínuos devem ser priorizados na prática, desde a direção aos profissionais da assistência direta, com o intuito de promover estrutura física, humana e organizacional em qualidade e quantidade que garanta a promoção da cultura de segurança no hospital e a satisfação dos pacientes e familiares. Tal investimento deve levar em consideração aspectos voltados para o gerenciamento com pessoas, jornadas de trabalho e remuneração adequada e estabelecimento de bom relacionamento interpessoal por meio de incentivo à comunicação efetiva e ao trabalho em equipe.

Exercício de fixação

1 - Quais os critérios mais importantes para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro, principalmente, para saber administrar uma gestão de risco?

2 - Comente sobre, no mínimo, 05 habilidades que os Enfermeiros devem adquirir ao longo da profissão.

3- Mediante os textos revisados, cite os principais riscos para a saúde dos pacientes?

4- De acordo com Oliveira, et al. (2014), cabe ao enfermeiro e sua equipe assegurar medidas para prevenir a saúde dos pacientes, cite algumas dessas medidas?

Referências

AUED, G. K. et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.69, n.1, Jan/Fev., 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>. Acesso em: 18 jul. 2016)

BECCARIA, L. M.; PEREIRA, R.A.M.; CONTRIN, L.M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**; 21(3):276-82, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3> . Acesso em: 01 set. 20016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rede Sentinela**. Brasília: 2012 [acesso 9 ago 2016]. Disponível em: <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/ji>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 25 jul 2013.

CARNEIRO, F. S.; BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. C. et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital

universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista de Enfermagem UERJ**; 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf> Acesso em 31 ago. 2016

COSTA, V.T; MEIRELLES, B. H. S; ERDMANN, A. L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Florianópolis, SC. v.21, n.5, Set/Out, 2013.

DIAS, J.D. et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev. Min. Enferm.**;18(4):866-73, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969> . Acesso em: 21 nov. 2016.

DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, 68(1):144-54, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf> . Acesso em: 31 ago. 2016.

FANINI, P; HAHN, V. G. **Riscos à segurança do Paciente em unidade de Internação Hospitalar**: Concepções da equipe de enfermagem, p.290-297, Agosto/2012.

FIGUEIREDO, A. M. NÉBIA, T. T. **O que são riscos, SUS e PSF, para enfermagem, práticas para o cuidado em saúde coletiva**, p.76-80, 2010.

KUWABARA, C.C.T; ÉVORA, Y.D.M; OLIVEIRA, M.M.B. Risk management in technovigilance: construction and validation of a medical-hospital product evaluation instrument. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2010; 18(5):943-51.

LANZILLOTTI, L.S. et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**; 20(3):937-946, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

php?pid=S1413-81232015000300937&script=sci_abstract &tlng=pt .
Aceso em: 20 nov. 2016.

LIMA, R.P.M, MELLEIRO, M.M. **Percepção da Equipe Multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um Hospital Universitário** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.

LIMA, F.S.S. et al. Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. **Enfermería Global**; (35):311-27, 2014. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/pt_revision2.pdf . Acesso em: 21 nov. 2016.

MANENTI, S. A. et al. O processo de construção do perfil de competências gerencias para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.3, jun.,2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300027> Acesso em: 8 jul. 2016.

MARCOLIN, A. C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2015; 37(10):441-5.

MENDES, W.M. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 11(1):55-66, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/05.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2016.

NUNES, F.D.O. et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **R de Pesq: cuidado é fundamental Online-Bra.**; 6(2):841-847, 2014. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2014/6-841.php>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

OLIVEIRA R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery* 2014;18(1):122-129.

PAIVA, K. C. M; JÚNIR, W. J. S. Competências Profissionais de enfermeiros e sua gestão em um hospital. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.65, n.6, Nov/Dez, 2012.

PARANAGUÁ, T.T.; BEZERRA, A.L.; SILVA, A.E.; AZEVEDO FILHO, F.M. Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. **Acta Paul Enferm**; 26 (3): 256-62, 2013. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v26/n3/v26n3a0.pdf#page=51>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

PEREIRA, A. A. et al. Motivação da equipe de enfermagem: competências dos enfermeiros. In: CUNHA, K. C. (Coord.). **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo: Martinari, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600003> Acesso em: 18 jul. 2016.

PERRY, G. A; POTTER, A. P; ELKIN. K. M. **Segurança do paciente e melhoria da qualidade, procedimento e intervenções de Enfermagem**, p.35-46, Rio de Janeiro/Elsevier, 2013.

REIS, T. C; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. **Segurança do Paciente como dimensão da qualidade do cuidado de Saúde- Um olhar sobre a literatura**, agosto, 2011.

ROQUE, K.E.; MELO, E.C.P. Tempo de internação e a ocorrência de eventos adversos a medicamentos: uma questão de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 15(3):595-601, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a22v15n3.pdf> . Acesso: 02 set. 2016.

SILVA, A.E.B.C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. **Rev Eletrônica Enferm.** 2010; 12(3):422. Disponível em: <www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885/7815>. Acesso em 26 out 2016.

SILVA, G.C.; GARCIA, C.A. Erro de medicação: estratégias e novos avanços para minimizar o erro. **Rev Enferm UNISA**, 10(1): 22-6, 2009. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-1-04.pdf>. Acesso em: 02 set. 2016.

SILVA, L.A. et al. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. **Rev enferm UFPE on line**, 8(9):3015-23, 2014. Disponível em: <https://www.google.com.br/l?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi16rKb9qDRAhVIHhPAKHUhsC6cQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F6341%2F10355&usg=AFQjCNEj5rZbBSHH3ifjyjMG-x8nxj-w&sig2=VHGEgwylfratqX8zRnDS8A&bvm=bv.142059868,d.Y2I> Acesso em 01 set. 2016.

José da Paz Oliveira Alvarenga
Iris Mariana da Costa Barros
Maurício Caxias de Souza
Simeia Macedo da Silva
Wilton José de Carvalho Silva

Introdução

O tema segurança do paciente adquiriu relevância a partir da divulgação do relatório *Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*, do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), baseado em pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos. As pesquisas apontaram uma alta incidência na ocorrência de óbitos por eventos adverso nos EUA; e que a ocorrência desses eventos representava um grave prejuízo financeiro (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014, 2016a).

No início do século XXI, o IOM incorporou “segurança do paciente” como atributo da qualidade do cuidado, com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. No Brasil, em 2002 o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS) também incorporou a segurança do paciente como um atributo do cuidado em saúde com qualidade (BRASIL, 2014).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS), diante da situação, criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que tinha como objetivos: organizar as conceituações e definições sobre o tema, propor medidas de redução dos

riscos e mitigar os eventos adversos, dentre outros. Intentando padronizar a conceituação, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, que considera segurança do paciente como a redução a um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários associados ao cuidado de saúde. No que se refere às ações para redução dos riscos e dos eventos adversos, foram priorizadas, pela OMS, os desafios globais: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por intermédio da campanha de higienização das mãos; e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação no Perioperatório (ANVISA 2013; BRASIL, 2014, 2016).

Os riscos e a ocorrência de eventos que provocam danos à saúde do paciente têm aumentado em todos os ambientes, fatos estes, inerentes tanto ao ambiente hospitalar quanto ao domiciliar. Neste sentido, a problemática que envolve os riscos à segurança do paciente no sistema de cuidado domiciliar vêm sendo tema de vários estudos (OMS, 2005).

Ressalta-se a contribuição do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (VIGIPOS) e o impacto de suas ações na segurança do paciente no Brasil. A VIGIPOS foi instituída no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2009, a partir da Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009. Uma de suas premissas é a intensificação da identificação precoce de problemas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária, a fim de reduzir /eliminar os riscos decorrentes do seu uso. As agências mundiais que trabalham com essa temática também consideram como fonte potencial

de erros a utilização desses produtos e, portanto, recomendam a abordagem dos fatores humanos nos equipamentos médicos para a segurança do paciente (BRASIL, 2009,2014).

Existem outras iniciativas no campo da segurança do paciente, que merecem destaque, como a Rede Sentinela, que se compõe de instituições que, desde 2002, trabalham com gerenciamento de risco tendo como base: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias em saúde (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014).

Embora, o principal foco sobre a segurança do paciente tenha sido sempre a implementação de práticas seguras, reconhece-se a importância do maior engajamento dos pacientes no seu cuidado. Nesse sentido, em 2012, a OMS cria o Programa Paciente pela Segurança do Paciente (PPSP), estabelecendo que melhorias na segurança dependem da centralização dos pacientes no cuidado, e da inclusão desses como parceiros (BRASIL, 2014, 2016).

Diante do exposto, o presente capítulo tem por finalidade contextualizar as seguintes dimensões: *atenção domiciliar; comunicação e informação no cuidado domiciliar; segurança do paciente no domicílio; garantia da oferta de continuidade do cuidado de qualidade; o papel do cuidador familiar.*

Atenção domiciliar

A transição epidemiológica e demográfica mundial, apontam a necessidade de reformulação no modelo de atenção à saúde. Nesse sentido, o cuidado à saúde do indivíduo, família e comunidade tem sido valorizado a partir do seu próprio

território de convívio; sendo o domicílio um importante cenário de atuação das equipes de saúde.

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde caracterizada por ações de promoção à saúde, à prevenção, ao tratamento e palição de doenças e à reabilitação de indivíduos, prestadas em âmbito domiciliar, com garantia da continuidade de cuidados. Tem como objetivo proporcionar um cuidado mais humanizado, próximo da rotina familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e minimizando o risco de infecções (BRASIL, 2012, 2016a).

No Brasil, a atenção domiciliar iniciou na década de 1940, com os denominados “médicos de família”, profissionais que atendiam as famílias em seus domicílios, buscando proporcionar cuidado humanizado e de qualidade. O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundando em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, foi a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço (MARTINS, 2015).

A regulamentação da assistência domiciliar no SUS foi estabelecida pela Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, ANVISA, (2013), Brasil (2014; 2016a). A internação domiciliar foi instituída e classificada, através da Portaria nº 2.529, do Ministério da Saúde, como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exigem intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim. A referida portaria estabeleceu normas de cadastro dos SAD, suas respectivas Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio

(EMAP), além de habilitação dos estabelecimentos de saúde aos quais estariam vinculadas, regras de habilitação e valores de incentivo (BRASIL, 2006, 2012).

Em 2011, a portaria GM/MS nº 2.029 definiu a AD no SUS e instituiu o SAD por meio do Programa Melhor em Casa. Desde então, é considerado um dos programas prioritários da saúde, dado seu potencial de inovação e resolutivo. Atualmente, tem como base a Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, que, além de definir o cuidado no domicílio, regulamenta a constituição e funcionamento do SAD, estando incorporados os preceitos do PNSP (BRASIL, 2011, 2016a, 2016b).

O SAD tem como objetivos: a redução da demanda de atendimento hospitalar e do período de internação; a humanização da atenção à saúde, por meio da ampliação da autonomia dos usuários; a desinstitucionalização; e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. É organizado por meio das EMAD e EMAP, complementares aos cuidados realizados na Atenção Básica e nos serviços de urgência, e substitutiva ou complementar à internação hospitalar (BRASIL, 2016a, 2016b).

A complexidade e as características do quadro de saúde dos usuários, bem como a sua frequência de atendimento necessária, a AD poderá ser executada por diferentes serviços/equipes: a prestação do atendimento domiciliar com uma menor necessidade de visitas e de intensidade do cuidado multiprofissional (modalidade AD1) é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica/Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ESF/NASF), enquanto que as situações que demandam maior frequência de visitas, atuação multiprofissional intensamente

ativa no processo e, ainda, procedimentos mais complexos (modalidades AD2 e AD3) devem ser de responsabilidade do SAD, por meio das EMAD e EMAP (BRASIL, 2016).

Independentemente de qual serviço ou equipe esteja à frente realizando esse tipo de cuidado, é de extrema relevância evidenciar que o *locus* de atuação será o domicílio do paciente; deste modo, é preciso que haja respeito ao mesmo, às formas de se viver nele, aos hábitos e, principalmente, à rotina da família e do usuário, enquanto sujeito deste processo. Para tanto, o profissional deve agir de acordo com os limites estabelecidos naquele espaço/cenário/território, entendendo que o profissional não é o único a conhecer e saber das necessidades do usuário e de sua família.

Comunicação e informação no cuidado domiciliar

A comunicação efetiva representa um elemento de significativa relevância para a atuação na área da saúde. Deste modo, o fácil acesso à informação é um dos aspectos que deve ser considerado na promoção da segurança do paciente.

A partir de 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela OMS, identificou áreas de atuação prioritárias para o melhoramento do cuidado e segurança do paciente. Deste modo, melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais do cuidado, influenciadas pelas metas de Segurança do Paciente da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*; é um dos exemplos dessas prioridades (BARCELOS, 2014).

De acordo com o autor, o Ministério da Saúde, classifica as metas de segurança do paciente: *identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; e reduzir o risco de quedas e lesões por pressão*. Salientando que “*melhorar a comunicação efetiva*” está no segundo lugar em ordem de prioridade.

A comunicação enquanto um instrumento de informação é uma atribuição do profissional da AD, que possibilita o envolvimento e a corresponsabilização do paciente e do cuidador/família, na medida das suas possibilidades, na elaboração do plano de cuidados de forma clara, ética, compartilhada, objetiva, de caráter respeitoso e, ainda, de modo a atender suas necessidades de saúde. É fundamental que o plano seja reavaliado regularmente pela equipe e compartilhado com a família/usuário, repactuando objetivos terapêuticos e compromissos, sempre que necessário.

A efetividade da comunicação é garantida por mecanismos que propiciem à família e aos usuários, o devido acesso às informações para o esclarecimento de dúvidas e orientações necessárias durante toda assistência na AD; considerando: conduta terapêutica, contato com a equipe de profissionais e serviços e referências, dentre outros.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução nº 1.931/09, estabelece que “é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso,

a comunicação ser feita ao seu responsável legal” (CFM, 2009). Assegurando-se, assim, ao paciente o direito à informação sobre sua condição de saúde. Fato que possibilita ao paciente participar do seu próprio processo de cuidado.

A Norma Regulamentadora nº 32/09, do Ministério do Trabalho, estabelece diretrizes básicas de segurança do trabalho em serviços de saúde; auxiliando na avaliação de riscos e atitudes necessárias para a segurança do trabalhador e por consequência, do usuário (BRASIL, 2005).

Comprendemos que, esses, dentre outros recursos, devem ser utilizados como embasamento para a tomada de decisão do usuário/cuidador/família no consentimento ou negação ao cuidado ofertado no domicílio e à realização dos procedimentos propostos ou, ainda, para análise da possibilidade de outra opção terapêutica adequada à situação. Logo, recomenda-se que, num instante após a solicitação de admissão para a AD, o usuário ou a família assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caso esteja de acordo.

Segurança do paciente no domicílio

No contexto da segurança do paciente, foi instituído o PNSP, por meio da Portaria GM/MS nº 529/13 com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, em consonância com a agenda política dos estados-membros da OMS e com a resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (BRASIL, 2013; 2014; 2016a).

Outros programas e políticas do MS, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contribuem com o PNSP na RAS, como: o conjunto de iniciativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS); a parceria entre o MS e as entidades de saúde detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-SAÚDE); o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QUALISUS-REDE); a Política Nacional de Humanização (PNH); a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP); (ANVISA, 2013; BRASIL, 2014).

As rotinas para a Segurança do Paciente no Domicílio, se respaldam no manual publicado pelo Ministério da Saúde, o qual procura incentivar e intensificar a adoção de práticas de segurança adotadas pelos profissionais e por aqueles que recebem cuidado domiciliar (BRASIL, 2016a).

O Ministério da Saúde preconiza como promotores da segurança do paciente no domicílio: *a avaliação criteriosa de elegibilidade para o atendimento domiciliar; a informação e comunicação efetivas entre a equipe de saúde, o paciente e seus familiares; a garantia da continuidade do cuidado; a garantia de insumos necessários e transporte em tempo hábil; as práticas de segurança da equipe e dos cuidadores, como as precauções básicas padronizadas, a prevenção de infecções, a prevenção de lesões por pressão e cuidados na administração de medicamentos; a promoção de ambiente seguro englobando o cuidado com a ambiência adequada, a prevenção de*

quedas, a convivência com animais domésticos; a qualificação dos cuidadores; o cuidado com os profissionais e a Educação Permanente em Saúde; o gerenciamento de resíduos; o monitoramento e avaliação; e a notificação de incidentes ou eventos adversos (BRASIL, 2016a).

Ressaltamos, portanto que em toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) a segurança deve ser valorizada como direito do paciente e compromisso ético profissional. Assim, os múltiplos locais de atenção à saúde – domicílio, unidade de saúde, hospitais, serviços especializados – devem proporcionar cuidados e serviços seguros à população atendida. (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Garantia da oferta de continuidade do cuidado no domicílio com qualidade

As questões relacionadas com a qualidade em saúde e a segurança do paciente, em particular, a ocorrência de erros e eventos adversos, têm constituído, parte de uma crescente preocupação não só para as organizações de saúde, como também para os decisores políticos e gestores, os profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares (SOUSA; MENDES, et al., 2014).

Conforme Pena;Diogo(2009), para garantir a continuidade do cuidado de qualidade, faz-se necessário atender alguns requisitos antes da admissão do paciente pela equipe de AD. São eles: Domicílio com condições adequadas para o tipo de cuidado proposto; fornecimento de carácter regular por parte do município/estado de materiais e equipamentos; e a presença de um cuidador capacitado.

A organização da AD na atenção básica deve prever instrumentos que sistematizem os serviços prestados na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde. Assim a resolutividade, integralidade da atenção, processo de trabalho em equipe, pactuação com a família, planejamento das ações em equipe e prescrição de cuidados, atribuições da equipe de saúde no domicílio na atenção básica e o núcleo de apoio à saúde da família fazem parte desse processo (BRASIL, 2012).

A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde–doença. Para nortear o atendimento domiciliar realizado na atenção básica são propostos os seguintes fundamentos, que se estendem para as modalidades AD2 e AD3: abordagem integral à família, consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador, trabalho em equipe e interdisciplinaridade e o estímulo a redes de solidariedade (BRASIL, 2012).

Vale destacar que será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações: necessidade de monitorização contínua; necessidade de assistência contínua de enfermagem; necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento (BRASIL, 2016).

Só após a garantia de atendimento aos pré-requisitos necessários para a continuidade do cuidado de qualidade, será possível que às equipes elaborem a alta programada. Afim de que a transferência do usuário do serviço de saúde (hospital ou das unidades de urgência) para seu domicílio seja efetivada na forma adequada e no tempo oportuno.

Para a garantia da continuidade do cuidado, tão importante quanto uma cuidadosa avaliação para a admissão do usuário, é a avaliação do momento oportuno de alta do SAD. Este processo deve ser pensado desde o início do atendimento, considerando as perspectivas de um serviço transitório, promovendo o vínculo com o serviço da Atenção Básica (ZUNIGA et al., 2016).

Dentre os variados cuidados imprescindíveis para a segurança do paciente estão alguns procedimentos considerados básicos que precisam ser adaptados para o contexto domiciliar e que devem ser adotados rigorosamente, tanto pela equipe assistente, quanto pelos próprios cuidadores que, na sua maioria, são informais, em geral, os próprios familiares.

Logo, a circulação de pacientes por diferentes níveis de cuidados motivou a criação do conceito de Precauções Básicas Padronizadas, que são medidas padronizadas para o cuidado em saúde, independentemente do local em que sejam realizados. Envolvendo, ainda, a utilização de equipamentos de proteção individual de modo a evitar o surgimento de infecções no tratamento em domicílio e outras complicações (FERREIRA, BANSI, PASCHOAL, 2014).

Outro aspecto essencial, e que dá “materialidade” à construção dos fluxos, é a definição dos protocolos assistenciais

que devem estar atrelados à existência de princípios, diretrizes e parâmetros partilhados entre todos os pontos de atenção (incluindo a Central de Regulação e a Regulação do SAMU). Isso é fundamental para que as condutas sejam uniformizadas, além de propiciar avaliação do processo de funcionamento em rede e da eventual necessidade de realização de novas estratégias. É necessário estarem definidos, explicitados e pactuados protocolos que contenham critérios de admissão, de classificação da complexidade do quadro e da programação do projeto terapêutico, assim como para solicitação de interconsulta com especialista, alta/desligamento do serviço e orientações de como proceder quando há óbito no domicílio (BRASIL, 2012).

O papel do cuidador familiar

Segundo Stelmack; Rabassa (2012), o Programa de Cuidado Domiciliar, instituído no Brasil através da Lei nº 10.424 de abril de 2002, tem sido apresentado como benéfico para a saúde da população. Entretanto, este Programa supõe a existência de um cuidador, que pode ser um vizinho, um amigo ou alguém contratado.

O cuidador é a pessoa que, no espaço privado doméstico, ajuda a pessoa com limitação a realizar suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, com o objetivo de preservar sua autonomia e independência. Ele pode ser membro ou não da família, que, com ou sem remuneração cuida da pessoa dependente (BRASIL, 2006).

No Caderno de Atenção Domiciliar (CAD) as atividades realizadas pelo cuidador devem ser planejadas em conjunto,

o paciente, a equipe de saúde e a família. É importante que as orientações sejam por escrito e registradas no prontuário domiciliar. A parceria entre os profissionais e o cuidador deverá possibilitar a sistematização da assistência prestada ao paciente no domicílio, valorizando as ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional do paciente e do seu cuidador, evitando-se assim, a institucionalização e outras formas que podem levar a segregação e/ou isolamento (BRASIL, 2013).

O Guia Prático do Cuidador apresenta algumas atividades que fazem parte da rotina do cuidador a serem realizadas de acordo com a realidade da pessoa cuidada, em atenção domiciliar (BRASIL, 2008, p.10):

Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;

Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada;

Ajudar nos cuidados de higiene;

Estimular e ajudar na alimentação;

Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos;

Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde;

Comunicar à equipe sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada;

Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Para Stelmake; Rabassa (2012), o cuidado domiciliar acarreta, no cuidador, um enorme desgaste. A doença interfere no bem-estar familiar, pois há um direcionamento para ela. A rotina é transformada, altera-se a relação do cuidador com a família, o qual, muitas vezes pode sofrer pressão por parte dos familiares, que deveriam dividir as tarefas com ele, entretanto, o veem como único responsável e como uma pessoa com disponibilidade infinita e tolerância permanente, suporte imprescindível.

O suporte desempenha uma função decisiva na adaptação e no exercício do papel de cuidador (a) para obter apoio emocional num período de grande vulnerabilidade do próprio usuário/familiares. As necessidades emocionais e interpessoais, poder contar com alguém para desabafar e obter o reconhecimento pelo esforço do cuidar por parte de amigos e familiares são descritas ao longo dos estudos analisados, evidenciando a importância do suporte para o cuidador (a) (MELEIS, 2010).

Os cuidadores experimentam muitos desafios, incluindo necessidades não atendidas em áreas de suportes relacionais, tais como: a manutenção de relacionamentos de longo prazo e apoio emocional. O desenvolvimento de estratégias para apoiar cuidadores familiares e receptores de cuidados deve ser um foco de atenção no cuidar da família (BRASIL, 2013).

No âmbito das necessidades emocionais, são classificadas algumas destas carências, quais sejam as necessidades: de ter ajuda para manter a esperança sobre o futuro; de ser encorajado a pedir aos outros para ajudar; de expressar seus sentimentos sobre o paciente com alguém que passou pela mesma

experiência; de ter um parceiro ou amigos que compreendam o quão difícil é este papel; de ajuda sobre dúvidas e medos quanto ao futuro; de ter tempo para ir ao templo ou à igreja; de discutir os seus sentimentos sobre o paciente para se ter a certeza de que é habitual ter fortes sentimentos negativos, tais como ansiedade, preocupação, tristeza, culpa e raiva (TSAI et al., 2015).

Num estudo realizado por Oliveira; Garanhani; Garanhani (2011) observou-se que nos familiares cuidadores de doentes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) são salientadas as emoções e os sentimentos vivenciados na transição para o papel de cuidador (a), por se tratar de um momento inesperado e desconhecido, gerando inicialmente um impacto que culmina em uma verdadeira explosão de sentimentos muito intensos vivenciados pelo cuidador (a).

A preparação do cuidador (a) antes da alta hospitalar pode aumentar a satisfação de suas necessidades durante e após a alta e, muitas vezes, contribuir para o desenvolvimento de sua percepção em relação ao equilíbrio entre as novas e as antigas atividades que envolverão sua rotina. Como consequência, uma das necessidades prioritárias do cuidador (a) é receber informação e preparação dos profissionais de saúde para adequar a sua tomada de decisão (MELEIS, 2010).

Considerações finais

A segurança do paciente no ambiente domiciliar é um tema complexo e, como tal, a principal ameaça é fazê-lo inacessível. Nas últimas décadas, tem-se assistido ao pleno

desenvolvimento de política, e estratégias globais em países com diferentes níveis de desenvolvimento, implantadas pela Organização Mundial da Saúde. Deste modo, a opção estratégica pela segurança tem sido incluída nas agendas das instituições, organizações e sistemas de saúde.

Os fundamentos abordados neste capítulo revelam a crescente preocupação das instituições de saúde com o bem-estar dos usuários. Partindo do pressuposto de que os mesmos devem receber o tratamento ou cuidado apropriado, com equipes capacitadas. A demanda principal norteia-se pela Atenção Básica, o que não compromete a qualidade do cuidado prestado, além de que diminui, significativamente, a hospitalização.

A literatura aponta ainda, a necessidade da realização de estudos que mensurem os erros ou eventos adversos existentes também no ambiente domiciliar, principalmente, nos que envolvem os cuidados prestados pela Atenção Básica, a partir da Estratégia Saúde da Família.

Ressalta-se, portanto, que apesar da Segurança do Paciente, ser uma temática bastante discutida na atualidade, há ainda, o que se pesquisar; de maneira a atender aos anseios dos profissionais sobre métodos adequados de conduzir e melhorar a qualidade da assistência prestada por meio de estratégias de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos; e reabilitação do paciente no âmbito domiciliar.

Exercício

Questão 01. Sobre a Segurança do Paciente no Domicílio, é correto afirmar que:

Todo erro em saúde ocasiona um ou mais efeito adverso.

A notificação de erros e agravos é de responsabilidade apenas do cuidador familiar.

Os aspectos mais importantes a serem observados na segurança do paciente são: erros na prescrição/administração de medicamentos, infecções e falta de comunicação.

O cuidador familiar não é figura determinante no processo.

Questão 02. A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde caracterizada por ações de promoção à saúde, à prevenção, ao tratamento e palição de doenças e à reabilitação de indivíduos, prestadas em âmbito domiciliar, com garantia da continuidade de cuidados. Diante do exposto, e da importância da temática, quais os objetivos da utilização deste tipo de atenção ao usuário?

Questão 03. Assinale a alternativa que completa corretamente o texto abaixo:

A regulamentação da assistência domiciliar no SUS foi estabelecida pela Lei nº _____, de 15 de abril de 2002, ANVISA, (2013), Brasil (2014; 2016a). A internação domiciliar foi instituída e classificada, através da Portaria nº _____, do Ministério da _____, como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim.

Lei nº 8080/90; Portaria nº 2051; Ministério da Educação.

Lei nº 8142/90; Portaria nº 2529; Ministério da Saúde.

Lei nº 10424/2002; Portaria nº 301; Ministério Público.

Lei 10424/2002; Portaria 2529; Ministério da Saúde.

Questão 04. Descreva de forma sucinta quais os objetivos e como está organizado o Serviço de Atenção Domiciliar no Brasil.

Questão 05. De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, analise as afirmativas abaixo:

A avaliação criteriosa de elegibilidade para o atendimento domiciliar.

A informação e comunicação de forma isolada entre a equipe de saúde, não sendo valorizada junto ao paciente e seus familiares.

As práticas de segurança da equipe e dos cuidadores, como as precauções básicas padronizadas, a prevenção de infecções, a prevenção de lesões por pressão e cuidados na administração de medicamentos são de suma importância.

Não corresponsabilização na promoção de ambiente seguro englobando o cuidado com a ambiência adequada, a prevenção de quedas, a convivência com animais domésticos;

Importância da qualificação dos cuidadores.

Está CORRETO o que se afirma em:

A) I, III e V apenas.

B) I, II e IV, apenas.

C) II, IV e V, apenas.

D) II, III e IV, apenas.

Questão 06 Precauções Básicas Padronizadas (PBP) foram estabelecidas para a promoção da qualidade e continuidade do cuidado no domicílio. Com base no texto, o que são PBP?

Questão 07. O Programa de Cuidado Domiciliar, instituído no Brasil através da Lei nº 10.424 de abril de 2002, tem sido apresentado como benéfico para a saúde da população. Entretanto, este Programa supõe a existência de um cuidador familiar. Sobre o Cuidador Familiar, analise as assertivas abaixo:

O cuidador é a pessoa que, no espaço privado doméstico, ajuda a pessoa com limitação a realizar suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Pode ser membro ou não da família, que, com ou sem remuneração.

As atividades realizadas pelo cuidador devem ser planejadas em conjunto, o paciente, a equipe de saúde e a família.

A parceria entre os profissionais e o cuidador deverá possibilitar a sistematização da assistência prestada ao paciente no domicílio, valorizando as ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional do paciente.

Está CORRETO o que se afirma em:

I, III e IV apenas.

Todas estão corretas.

C) I, II e IV apenas.

D) II, III e IV apenas.

Questão 08. De acordo com o texto, o “Guia Prático do Cuidador” (BRASIL, 2008, p.10) apresenta algumas atividades de sua rotina no domicílio. Cite abaixo ao menos 05 delas.

Gabarito de respostas

01 - Letra C

02 - Esta modalidade de atenção tem como objetivo proporcionar um cuidado mais humanizado, próximo da rotina familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e minimizando o risco de infecção.

03 - Letra D

04 - A Atenção Domiciliar tem como objetivos a redução da demanda de atendimento hospitalar, o período de internação, a humanização da atenção à saúde, a ampliação da autonomia dos usuários e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde. Organiza-se por meio das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP), além de habilitação dos estabelecimentos de saúde aos quais estariam vinculadas.

05 - Letra A

06 - As Precauções Básicas Padronizadas são medidas padronizadas para o cuidado em saúde, independentemente do local em que sejam realizados. Envolvendo, ainda, a utilização de equipamentos de proteção individual de modo a evitar o surgimento de infecções no tratamento em domicílio e outras complicações.

07 - Letra B

08 - Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde; escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; ajudar nos cuidados de higiene; estimular e ajudar na alimentação; ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos; administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde e comunicar à equipe sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.

Referências

BARCELOS, G.B. **Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente.** In: SOUSA, P; MENDES, W. et al. Segurança do Paciente: Criando organizações de saúde seguras. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada nº 11, de 26 de janeiro de 2006. **Diário Oficial.** Seção 1, p. 78. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2000. **Diário Oficial.** Seção 1. p. 88-93. Brasília, 31 dez. 2000.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Norma Regulamentadora nº 32, de 11 de novembro de 2005.** Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <http://trabalho.gov.br>. Acesso em 09 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador.** Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br> . Acesso em 28 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. v.1, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segurança do Paciente no Domicílio**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes

habilitadas. Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em 07 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009. **Diário Oficial**. 24 jul. Seção 1, p. 45-46. Brasília, 2009,

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. **Diário Oficial**, 25 ago. Seção 1, p.91. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. **Diário Oficial**. 02 abr. 2013. Seção 1, p. 43-44. Brasília. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 529, de 01 de abril de 2013**. Define a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br> . Acesso em 31 ago. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.931, de 24 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <http://www.cremego.cfm.org.br> . Acesso em 13 set 2016.

FERREIRA, F. P. C; BANSI, L. O; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 17, n. 4, p. 911-926, Rio de Janeiro, 2014.

MARTINS, A.S.R. **A Intersectorialidade das Políticas de Saúde e de Assistência Social no Sistema de Atenção Domiciliar em Franca/SP**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade Estadual Paulista., 2015. 175 f.

- MELEIS, A. H. **Transitions Theory**: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer; 2010.
- MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.
- OLIVEIRA, B. C; GARANHANI, M. L; GARANHANI, M. R. Caregivers of people with stroke- needs, feelings and guidelines provided. **Acta Paul Enferm** [Internet]. 2011; 24(1): 43-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en_v24n1a06.pdf .
- PENA, S. B; DIOGO, M. J. D. Expectativas da equipe de enfermagem e atividades realizadas por cuidadores de idosos hospitalizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. 2, p. 351-357, São Paulo, 2009.
- RABASSA, V. S; STELMACH L. L. Cuidadores domiciliares: uma demanda para a ação profissional dos assistentes sociais. **Rev. Serv. Soc**. v. 14, n.2, p. 145-161, Jan./Jun. Londrina, 2012.
- TSAL, P. C et al. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Preference Adherence*. 2015;9:449-57.
- SOUSA, P; MENDES, W. et al. **Segurança do Paciente**: Criando organizações de saúde seguras. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**: forward programme. Genebra; 2005.
- ZUNIGA, B. R *et al*. Avaliação do Desempenho de Enfermagem em um Programa de Previdência Social. **Acta Paul. Enferm**. v. 29, n. 2, p. 225-231, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> . Acesso em 14 Set 2016.

OS AUTORES

Adriana Gonçalves de Barros

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora de Enfermagem da Maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley – EBSEH/UFPB.

Alberiza Veras de Albuquerque

Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública. Coordenadora do Curso de Enfermagem e Radiologia da Faculdade Paulista de Tecnologia. Campina Grande - PB

Aline Lucena Mendes

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Ana Lúcia de Medeiros

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade Internacional da Paraíba (FPB) e do Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP). Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW/EBSEH/UFPB.

Anna Tereza Alves Guedes

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UFPB.

Balipalo Lourenço

Acadêmico da Graduação em Enfermagem da Faculdade Maurício de Nassau – Grupo Ser Educacional. João Pessoa (PB).

Carina Cristina Melo Silva

Enfermeira Graduada em Enfermagem pela UFPB. Membro do GEPAIE/UFPB

Carmem Rosângela Dias Aragão

Enfermeira. Membro do GEPAIE/UFPB.

Cesar Cavalcanti da Silva

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Daniela Alves Cardeal dos Santos

Fisioterapeuta. Membro do GEPAIE/UFPB.

Dhyanine Moraes de Lima

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).

Ericka Silva Holmes

Enfermeira. Mestre em Modelos de Decisão em Saúde pela Universidade Federal da Paraíba. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde.

Érika Leite da Silva Cardoso

Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica e Neonatologia.

Evyllâne Matias Veloso Ferreira

Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica e Neonatologia.

Francisca Samara Ferreira das Neves

Enfermeira. Pós-graduanda em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva/UNIPÊ

Germana de Fátima de Freitas Gomes Gonçalves

Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Gyl Dayara Alves de Carvalho

Enfermeira do Hospital Universitário Onofre Lopes. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Saúde da Família.

Iris Mariana da Costa Barros

Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde no SUS pela Fundação Oswaldo Cruz; Diretora Administrativa/Financeira de um Distrito Sanitário da Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa– SMS/PMJP.

Izabel Medeiros de Oliveira

Acadêmica da Graduação em Enfermagem da UFPB.

Jamilton Alves Farias

Enfermeiro. Psicólogo. Doutor em Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Professor do Departamento de Enfermagem Clínica – Centro de Ciências da Saúde da UFPB.

José da Paz Oliveira Alvarenga

Enfermeiro. Mestre pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde da UFPB.

Juliana Paiva Góes Ramalho

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pelo PPGENF/UFPB.

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock

Mestre Enfermeira. pela UFPB. Professora do Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP).

Laura Cristhiane Mendonça Rezende Chaves

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFPB. Professora da Graduação em Enfermagem da Faculdade Maurício de Nassau – João Pessoa (PB)

Leila de Cássia Tavares da Fonseca

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica – Centro de Ciências da Saúde da UFPB.

Luciana Ferreira de Souza

Enfermeira. Mestre em Modelos de Decisão e Saúde. Professora do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

Maria Bernadete de Sousa Costa

Enfermeira. Doutora em Administracion Sanit aria y Hospitalaria pela Universidade de Extremadura – Espanha. Professora da Gradua o em Enfermagem da UFPB. Departamento de Enfermagem Clínica – Centro de Ciências da Saúde.

Maurício Caxias de Souza

Enfermeiro. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administra o e Informática em Saúde da Universidade Federal da Paraíba (GEPAIE/UFPB).

Mayra do Nascimento Melo

Enfermeira. Especialista em Linhas de Cuidado Enfermagem pela Universidade de Santa Catarina. Especialista em Obstetrícia e Neonatologia pela Faculdade Nova Esperança. Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente pelo S rio Libanês.

Neyce de Matos Nascimento

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Cardiovascular. Professora da Faculdade Internacional da Paraíba e da Faculdade COESP/ Curso Gestão Hospitalar.

Nívea Trindade de Araújo Tiburtino Neves

Enfermeira. Graduada pela UFPB.

Rafaelly Ramalho Fragoso Alves

Acadêmica da Graduação em Enfermagem da UFPB.

Rejane Barbosa Ciriaco Pinheiro

Enfermeira. Especialista em Cuidado Integral ao Paciente Renal.

Rennaly Kelly de Araújo Ferreira

Acadêmica da Graduação em Enfermagem da UFPB.

Rômulo Wanderley de Lima Cabral

Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Professor da Faculdade Santa Emília de Rodat – FASER e do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Enfermeiro do Hospital Geral Otávio de Freitas – HOF/Recife-PE.

Rozileide Martins Simões Candeia

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos (FIP). Membro do GEPAIE/UFPB.

Saemmy Grasiely Estrela de Albuquerque

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre em Enfermagem pela UFPB

Sanni Moraes de Oliveira

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UFPB.

Sérgio Ribeiro dos Santos

Enfermeiro. Administrador. Doutor em Ciências da Saúde e Doutor em Sociologia. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Sergio Vital da Silva Junior

Acadêmico da Graduação em Enfermagem da UFPB.

Siméia Macêdo de Lima

Acadêmica da Graduação em Enfermagem da UFPB.

Sônia Elisia Bueno Gomides

Analista de Sistemas. MBA em Tecnologias da Informação (UNIPÊ). Especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente (IEPSL). Especialista em Informática em Saúde (UNIFESP). Especialista em Políticas e Gestão do Cuidado em Saúde (UFPB). Membro do GEPAIE/UFPB.

Stella Costa Valdevino

Enfermeira. Professora Adjunto do DENC/CCS/UFPB. Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem/UFPB. Mestre em Enfermagem/UFPB. Doutoranda do PPGENF/UFPB.

Tâmela Costa

Acadêmica da Graduação em Enfermagem da UFPB.

Teresa Cristina Rosa Romero Navarine

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGENF/UFPB.

Thaís Andréa dos Santos

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UFPB.

Thomaz Henrique Pereira Meira

Acadêmico da Graduação em Enfermagem da UFPB.

Uberlândia Islândia Barbosa Dantas de Menezes

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFBA. Professora do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

Wilton José de Carvalho Silva

Acadêmico da Graduação em Enfermagem da UFPB.

