



# SEGURANÇA NO CUIDADO DAS PESSOAS NA APS



SEGURANÇA NO  
**CUIDADO DAS  
PESSOAS NA APS**

GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ  
**Carlos Massa Ratinho Junior**

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE  
**Carlos Alberto Gebrim Preto (Beto Preto)**

DIRETOR GERAL  
**Nestor Werner Junior**

DIRETORA DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
**Maria Goretti David Lopes**

COORDENADORA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
**Luciane Otaviano de Lima**

GERENCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
**Sidneya Marques Svierdovski**

**Setembro / 2021**



## **ORGANIZAÇÃO**

Rosiane Aparecida da Silva

Virginia Dobkowski Franco dos Santos

## **COLABORAÇÃO**

Ana Lídia Lagner – Divisão de Vigilância Sanitária de Serviços

Anna Christine Feldhaus Lenzi Costeira – Divisão de Atenção à Saúde da Mulher

Carla Giovana Vieira da Rosa – Divisão de Vigilância do Programa de Imunização

Cíntia Aparecida Gonçalves Domingos – Coordenação de Gestão de Serviços Próprios

Denise Manne - Divisão de Atenção à Saúde da Família

Elaine Cristina Vieira de Oliveira – Coordenação de Promoção à Saúde

Eliane Cristina Sanches Maziero – Escola de Saúde Pública do Paraná

Estelamaris da Silva Santos – Coordenação de Gestão de Serviços Próprios

Giseli da Rocha – Divisão de Atenção à Saúde do Idoso

Glaucia Osis Gonçalves – Divisão de Atenção à Saúde da Mulher

Maria Emília Paglia Aliske – Divisão de Vigilância do Programa de Imunização

Mariane Rodrigues de Melo – Divisão de Saúde Bucal

Patrícia de Jesus Capelo – Divisão de Vigilância Sanitária de Serviços

Priscila Meyenberg Cunha Sade – Escola de Saúde Pública Paraná

Sandra Leal Nucini – Divisão de Vigilância Sanitária de Serviços

Sidneya Marques Svierdovski - Gerente de Atenção Primária à Saúde

Vera Rita da Maia - Divisão de Vigilância do Programa de Imunização



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Objetivo</b>	7
<b>1.2 A quem se destina</b>	7
<b>1.3 Atenção Primária à Saúde no Paraná</b>	7
<b>2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES</b>	<b>9</b>
<b>3. METAS E AÇÕES DE SEGURANÇA</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Metas De Segurança Do Paciente Do Programa Nacional De Segurança Do Paciente</b>	10
3.1.1 META 1 – IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE	10
3.1.2 META 2 – MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	11
3.1.3 META 3 - MELHORAR A SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, NO USO E NA ADMINISTRAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	13
3.1.4 META 4 - CIRURGIA SEGURA	15
3.1.5 META 5 - HIGIENE DAS MÃOS	16
3.1.6 META 6 - REDUZIR O RISCO DE QUEDAS E REDUZIR O RISCO DE LESÕES POR PRESSÃO	18
<b>3.2 Segurança No Uso De Medicamentos</b>	22
3.2.1 PRÁTICAS A SEREM ADOTADAS PARA O USO SEGURO E RACIONAL DE MEDICAMENTOS	23
<b>3.3 Segurança No Diagnóstico</b>	30
<b>3.4 Transição Do Cuidado</b>	31
<b>4. PRÁTICAS DE SEGURANÇA DAS PESSOAS NA APS</b>	<b>33</b>
<b>4.1 Boas Práticas E Segurança Em Imunização</b>	33
4.1.1 EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO - EAPV	37
<b>4.2 Boas Práticas E Segurança Em Saúde Bucal</b>	38
<b>4.4 Boas Práticas E Segurança Em Central De Material E Esterilização</b>	41
<b>4.5. Boas Práticas E Segurança Na Limpeza E Higiene Da Unidade De Saúde</b>	43
<b>5. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	<b>45</b>



## SEGURANÇA NO CUIDADO DAS PESSOAS NA APS

<b>6. PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>47</b>
<b>7. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	<b>49</b>
<b>8. METODOLOGIAS ATIVAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA SEGURANÇA</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO I – ESCALA DE MORSE, ADAPTAÇÃO DE MORSE FALL SCALE</b>	<b>71</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, considerado componente constante e intimamente relacionado com o atendimento ao paciente (WHO, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a Atenção Primária à Saúde (APS) como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Tal política é desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017).

Dentre várias ações a serem desenvolvidas pelas equipes de APS estabelecida na PNAB, destacamos as que devem ser realizadas para a implantação de estratégias de segurança do paciente, como estimular a prática assistencial segura, envolver os pacientes na segurança, e criar mecanismos para evitar erros, a fim de garantir o cuidado centrado na pessoa. Também traz a proposta de realização de planos locais de segurança do paciente para a melhoria contínua relacionado a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

A Secretaria do Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR) instaurou por meio da Resolução Estadual nº 37/2020, o Comitê Estadual de Segurança do Paciente (CESP/PR), a fim de instituir ações para promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Dentre suas competências, tem-se à elaboração de Diretrizes de Segurança do Paciente para o estado do Paraná publicada através da Resolução SESA nº 932/2018.



A integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária à Saúde é um dos grandes desafios do SUS. Frente a esse desafio, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) por meio da Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde, propôs que as ações de segurança deveriam ser desenvolvidas e integradas, assim em 2019, foi realizado o 1º Seminário Integrado de Qualidade e Segurança do Paciente e inseridas ações nas Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente no contexto da Atenção Primária.

O Manual de Segurança das Pessoas na APS vem ao encontro da necessidade das equipes da APS, e busca trazer de uma forma clara e objetiva ações e estratégias para uma assistência segura, seja no domicílio, na UBS e/ou no território.

Este manual foi elaborado pelos profissionais das equipes técnicas da Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde, Diretoria de Gestão em Saúde e Escola de Saúde Pública do Paraná.

## **1.1 OBJETIVO**

Estabelecer estratégias que contribuam para a redução do risco de danos às pessoas, relacionados à assistência nos serviços de saúde e/ou no domicílio, a partir do desenvolvimento de práticas que tornem os eventos adversos/incidentes menos prováveis e/ou preveni-los antes que causem danos (s) às pessoas.

## **1.2 A QUEM SE DESTINA**

O Manual de Segurança das Pessoas na Atenção Primária à Saúde é um instrumento norteador destinado às equipes da APS.

## **1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PARANÁ**

Atualmente o Estado do Paraná tem, distribuídos nos 399 municípios, 1.966 estabelecimentos de saúde caracterizados como Unidades Básicas de Saúde/Centro Municipal de Saúde e 746 como Postos de Saúde, totalizando 2.639 estabelecimentos, segundo dados de maio de 2021 (SCNES/2021).



O Estado do Paraná apresenta 2.266 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantadas com cobertura populacional de ESF de 63,31% e cobertura de Atenção Básica de 79,57%. Com relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem 11.438 profissionais atuantes, o que representa uma cobertura populacional de ACS de 52,94%; em relação à Saúde Bucal (ESB), apresentam 1.330 equipes implantadas, que corresponde a uma cobertura populacional de 37,87% e de Saúde Bucal na APS de 55,64%, de acordo com dados apresentados referentes à competência de dezembro de 2020 (e-Gestor AB /2020).

Com relação ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) o Paraná apresenta 318 equipes implantadas em 239 municípios, dados referente à competência de dezembro de 2020 (SCNES/2020).

#### **1.4 Porque Segurança No Cuidado Das “Pessoas” Na Atenção Primária À Saúde**

O conceito de segurança das " PESSOAS" trazido neste manual, vem ao encontro do modelo de Planificação da Atenção à Saúde, no que se refere a Gestão da Clínica, como também busca o reconhecimento da necessidade de valorizar a participação das pessoas junto aos profissionais de saúde no processo de tomada de decisão e governança dos serviços de saúde.

A Gestão da Clínica é conceituada como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, construído com base em evidências científicas e destinada a prover uma atenção de qualidade, ou seja, centrada nas pessoas; efetiva; segura; eficiente; oportuna; equitativa e ofertada de uma forma humanizada (MENDES, 2011).

Segundo Starfield (2011) o termo “cuidado centrado na pessoa” se relaciona à parceria do profissional com o paciente, baseada na interação e no conhecimento das necessidades e problemas vividos por ele. O cuidado centrado na pessoa pretende enfatizar a ideia de que o profissional não deve se ater a olhar apenas para as doenças, mas também atender às necessidades do indivíduo de forma ampla. Os cuidados desenvolvidos na atenção primária em saúde demandam, via de regra, um



longo tempo de acompanhamento com o estabelecimento de uma relação de confiança do paciente com o profissional, essencial para êxito do tratamento.

As pessoas são o foco principal do tratamento, esse conceito transforma-as em participante ativo, empoderando-as do seu estado de saúde, o que proporciona adquirir conhecimento e discernimento sobre a importância dos acontecimentos que envolvem o cuidado seguro e de qualidade. O discernimento está relacionado à capacidade do paciente de compreender seu estado de saúde, entendendo o que é certo e errado sobre sua conduta durante o tratamento.

## 2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Atributos de qualidade, de acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente:

- Segurança – Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los;
- Efetividade – Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente);
- Cuidado Centrado no Paciente – Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente;
- Oportunidade – Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado;
- Eficiência – Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia;
- Equidade – Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica (BRASIL, 2014).





O protocolo de identificação do paciente do MS prevê a sua aplicabilidade em todos os ambientes prestadores de cuidado da saúde, em que sejam realizados procedimentos, terapêuticos e/ou diagnósticos.

Como estratégias para identificação do paciente são elencados abaixo:

- Utilizar pulseira branca/etiqueta padronizada com pelos menos dois identificadores dos pacientes, de forma legível no momento da admissão do paciente. A instituição deverá definir um membro preferencial para colocação de pulseira de identificação;
- Capacitar a equipe para realizar a confirmação da identificação do paciente sempre antes do cuidado que envolve a administração de medicamentos, coleta de materiais, exames e procedimentos invasivos;
- O profissional de saúde deve conferir as informações contidas na pulseira/etiqueta do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.
- Mesmo que o profissional de saúde da UBS já conheça o paciente, é importante verificar a identificação do mesmo para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.
- Solicitar ao paciente que fale (e, quando possível, solete) seu nome completo e data de nascimento.
- Envolver o paciente/familiar/ acompanhante no processo do cuidado, explicar para que serve a identificação do paciente e a necessidade da conferência pela equipe sempre antes de qualquer procedimento;
- Realizar coleta e análise de indicadores de identificação do paciente que podem ser padronizados pela instituição.

### **3.1.2 META 2 – MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Segundo a Agency for Healthcare Research Quality (AHRQ) um dos principais fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes e erros dos profissionais são decorrentes de falha na comunicação da equipe.

A comunicação entre os profissionais é fundamental para um cuidado de saúde mais seguro, e dentre alguns fatores para desenvolver uma comunicação efetiva



elencam-se: escuta ativa, contato dos olhos, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões e compartilhamento de informações, consciência do ambiente em que o profissional está inserido/situacional, entre outros.

Os principais desafios para a comunicação efetiva no trabalho da equipe de saúde são: a diversidade na formação dos profissionais, a ausência de capacitações sobre o “como se comunicar” de forma assertiva e ferramentas de comunicação; a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais entre si; a falta de envolvimento da equipe multiprofissional no ato do cuidado; o não envolvimento do paciente e familiar durante a sua assistência; o não reconhecimento das lideranças informais durante processo de assistência (geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar) e rigidez na hierarquia.

Quando um paciente é atendido no ambiente de saúde e não há registro seguro e completo do atendimento, há um desperdício de tempo e risco aumentado ao reiniciar a abordagem diagnóstica (consultas para entender o cenário clínico, uso novamente de recursos para obtenção dos mesmos exames diagnósticos). A comunicação/transferência de informação foi insuficiente e aumenta o risco de incidentes.

### ***Estratégias da Comunicação entre a EQUIPE***

- Respeito às diversidades culturais: utilizar linguagem que facilite a comunicação, perguntar se o outro entendeu a informação que foi emitida;
- Padronização das informações: utilizando ferramentas como SBAR (situation-background-assessment-recomendation); huddles multidisciplinares; métodos mnemônicos como o I-PASS, e educação das partes no sentido de criar um estilo/forma de linguagem que seja assertiva;
- Comunicação não-verbal: protocolos e checklists, sistemas eletrônicos para auxílio de comunicação.







- Desenvolvimento da farmácia clínica na APS com o objetivo de mitigar o número de eventos adversos (análise de prescrição, conciliação medicamentosa).

### 3.1.4 META 4 - CIRURGIA SEGURA

O segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente, lançado pela OMS em 2008, tem como tema "Cirurgias Seguras Salvam Vidas". Para tanto faz-se necessário investir em melhoria da qualidade e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, resultando em mais vidas salvas e maior prevenção de incapacidades geradas por cirurgias.

O protocolo de cirurgia segura é uma lista de verificação, desenvolvida a partir de práticas baseadas em evidências, composta por etapas a serem seguidas pelos profissionais, com o objetivo de reduzir a ocorrência de danos ao paciente. A implantação da cirurgia segura requer mudanças no ambiente de trabalho e na execução das práticas assistenciais bem como investir no processo educativo favorecendo a adesão dos profissionais.

A realização de Pequenas Cirurgias na APS apresenta economia de recursos financeiros, boa concordância anatomopatológicas, maior satisfação dos usuários, menor tempo de espera e baixos índices de complicações. Contudo é essencial que se invista cada vez mais na capacitação dos médicos da família.

A APS deve se responsabilizar pela realização de pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos, acolhendo usuários em situações agudas ou crônicas, avaliando sempre o risco de agravamento e a necessidade de atendimento imediato ou encaminhamento a outro serviço de saúde.

Alguns procedimentos clínicos e cirúrgicos, tais como retirada de nevos, corpos estranhos, cistos e lipomas, e o tratamento de feridas, pela menor complexidade de técnica, materiais, insumos e medicamentos, devem ser realizados pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), evitando assim o estrangulamento dos serviços dos outros níveis de atenção e contribuindo para o aumento da resolutividade da APS.

Para garantir a segurança destes procedimentos/pequenas cirurgias é necessário que as UBS elaborem protocolos, considerando a capacidade técnica dos



profissionais e a disponibilidade de materiais, insumos e medicamentos para o mais adequado atendimento. Os protocolos devem contribuir para a definição de prioridades e execução ou não desses procedimentos e, sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimar a inserção de todos os profissionais.

### 3.1.5 META 5 - HIGIENE DAS MÃOS

As mãos têm um papel fundamental na execução das atividades realizadas durante a assistência à saúde sendo também o principal veículo para a transmissão de infecções.

A higienização correta das mãos é a forma mais eficiente e econômica de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e limitar a sua propagação.

No período 2005-2006 a OMS estabeleceu o Primeiro Desafio Mundial para a Segurança do Paciente: “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Mais Segura”, focando na a prevenção de infecções relacionadas com a assistência à saúde (IRAS) destacando-se a importância da higiene das mãos.

De acordo com o protocolo do MS a higienização das mãos, deve ser aplicada em todos os pontos de assistência, tendo em vista a necessidade de realização da higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre podendo ocorrer das formas abaixo:

1. **Higiene simples das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

Deve ser realizada quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais, após uso do banheiro ou em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.

2. **Higiene antisséptica das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

Deve ser realizada antes de procedimentos estéreis como suturas e inserção de cateteres

3. **Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:** aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a



necessidade de enxágue em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

As preparações líquidas contendo álcool devem possuir concentração final entre 60% a 80% destinadas à aplicação nas mãos para reduzir o número de micro-organismos e as preparações em forma de gel ou espuma devem possuir concentração final mínima de 70%.

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos sendo conhecida como “Os cinco momentos para a higiene das mãos”.

1. Antes de tocar o paciente;
2. Antes de realizar procedimento;
3. Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas, mucosas, pele não íntegra ou curativo;
4. Após tocar o paciente com ou sem luvas;
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente.

Figura1: Os cinco momentos para higienização das mãos

### 5 momentos de higiene de mãos



1 Antes de tocar no paciente

2 Antes de realizar procedimento limpo/asséptico

3 Após risco de exposição a fluidos corporais

4 Após tocar o paciente

5 Após tocar superfícies próximas ao paciente

Fonte: Curso 1 – Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Projeto Segurança do Paciente na APS. 2020.



Importante alertar que o uso de adornos como anéis, pulseiras e relógios é inadequado, prejudica a eficiência da higienização das mãos e podem gerar riscos quanto a acidentes de trabalho.

Outro ponto a se destacar é que as unhas dos profissionais de saúde devem ser mantidas curtas sem o uso de unhas artificiais sendo permitido a esmaltação desde que mantida íntegra.

### **3.1.6 META 6 - REDUZIR O RISCO DE QUEDAS E REDUZIR O RISCO DE LESÕES POR PRESSÃO**

#### ***Reduzir os riscos de queda***

Quedas e as consequentes lesões resultantes constituem um problema de saúde pública e de grande impacto social enfrentado hoje por todos os países em que ocorre expressivo envelhecimento populacional.

Considerada um evento adverso (EA) evitável, a queda caracteriza-se pelo deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade.

Este evento pode ser decorrente de fatores intrínsecos, como alterações fisiológicas ou patológicas, fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos; ou extrínsecos, relacionados ao comportamento e atividades dos indivíduos no meio em que habitam.

Desta forma, as quedas resultam da interação de múltiplos fatores de risco, muitos dos quais podem ser corrigidos. A identificação e avaliação desses fatores deve ser o primeiro passo em qualquer estratégia de prevenção de quedas, pois a partir de seu conhecimento será possível identificá-los e propor intervenções que possam prevenir ou reduzir sua ocorrência.

A história de quedas de um paciente deve envolver a descrição detalhada de suas circunstâncias (a frequência, os sintomas no momento da queda, lesões, outras consequências); a revisão de medicamentos em uso e suas dosagens; as alterações agudas ou crônicas de saúde (por exemplo, osteoporose, incontinência urinária,



doença cardiovascular); as funções das extremidades (marcha, equilíbrio e níveis de mobilidade); alterações cognitivas; a força muscular (em especial, de membros inferiores); o status cardiovascular (por exemplo, frequência cardíaca e pressão arterial); e a acuidade visual.

### **Grupo de Risco:**

- Crianças e Idosos;
- Clientes obesos e desnutridos;
- Clientes com história recente de queda;
- Clientes com redução da mobilidade (déficit motor e ou sensorial);
- Clientes com distúrbios de marcha ou de equilíbrio;
- Clientes em pós-operatório;
- Clientes com incontinência urinária;
- Clientes com distúrbios mentais, agitados e/ou confusos;
- Clientes em uso de determinadas classes medicamentosas: benzodiazepínicos, barbitúricos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antimuscarínicos, antiarrítmicos, digitálicos, anti-histamínicos, relaxantes musculares, hipoglicemiantes, diuréticos, vasodilatadores, laxativos, antimuscarínicos e também clientes polimedicados (uso de cinco ou mais medicamentos);
  - Presença de alterações sistema sensorial (visão, audição, tato);
  - Clientes com rebaixamento do nível de consciência;
  - Clientes com doenças debilitantes, cardiovasculares, musculoesqueléticas, neurológicas ou vertiginosas.

### **Recomendações:**

- Estabelecer um programa de avaliação do risco de quedas, tanto os relacionados à pessoa quanto ao ambiente, ou utilizar escalas de avaliação de risco. Como exemplo de escalas para pacientes adultos, a *Morse Fall*



*Scale*, traduzida e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa (ANEXO I);

- Individualizar a prevenção de quedas para cada paciente, com base na triagem ou avaliação. Toda a equipe de saúde deve desempenhar um papel ativo na prevenção de quedas dos pacientes;
- Informar e orientar o paciente e seus acompanhantes quanto ao(s) risco(s) de queda, utilizando linguagem de fácil compreensão;
- Certificar-se de que, na deambulação, o paciente use calçado antiderrapante. Desencorajar o uso de chinelos e deambulação apenas com meias ou propés;
- Revisar e estar atento ao uso de medicamentos, como sedativos, antidepressivos, antipsicóticos (por diminuírem as habilidades sensoriais) e anti-hipertensivos/diuréticos (hipotensão postural), principalmente em idosos;
- Avaliar, de forma sistematizada e periódica, os fatores de risco para quedas dos pacientes e manter a comunicação (escrita, verbal e visual) dos achados;
- Tornar o ambiente domiciliar seguro.

### ***Reduzir os riscos de lesão por pressão***

A lesão por pressão é um dos principais eventos adversos causados pela assistência à saúde. Os ferimentos originados pelo contato do paciente com a superfície do leito, de poltronas e dispositivos, como sondas e cateteres, são causa de grande desconforto para o paciente, além de aumentar riscos de infecções, o tempo de hospitalização e os custos do tratamento.

As lesões por pressão podem ocorrer na pele e outros tecidos (ossos, tendões e músculos) após compressão prolongada. Durante muito tempo, foram conhecidas como úlceras por pressão, mas foi constatado que os tecidos podem apresentar outras lesões quando pressionadas por longo tempo, as quais não têm características de úlceras. Por isso, desde abril de 2013, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel*



(NPUAP), uma organização internacional de referência na prevenção e tratamento de úlcera por pressão, adotou o termo “lesão por pressão”. Quando não tratadas, estas lesões podem evoluir, causando dor, aumento do tempo de internação, gastos com tratamento e morte.

As lesões por pressão podem apresentar-se em pacientes acamados de qualquer idade, porém os estudos apontam os idosos como o grupo que apresenta o maior risco para o desenvolvimento dessas lesões, devido às suas características fisiológicas, como diminuição da espessura e elasticidade da pele, alterações na circulação sanguínea e oxigenação dos tecidos, mobilidade reduzida e às doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, as quais podem interferir na percepção das lesões pelo paciente.

Para prevenir as lesões por pressão, são recomendadas as seguintes medidas conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Etapas para prevenção de lesão por pressão

<b>1ª) Avaliação de risco</b>	Uma vez por dia em áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares) e duas vezes por dia nas submetidas à pressão de dispositivos. Desenvolvimento de plano de cuidados para cada tipo de risco.
<b>2ª) Cuidados com a pele</b>	Manter pele sempre limpa e seca, especialmente após episódios de incontinência. Uso de produtos com pH balanceado para pele. Hidratação diária com hidratantes e umectantes.
<b>3ª) Nutrição</b>	Manutenção de ingestão nutricional (calórica e proteica) e hídrica adequadas. Monitorar peso e conscientizar pacientes de risco sobre importância da nutrição.
<b>4ª) Posição e movimento</b>	Mudança de posição a cada duas horas. Uso de colchão especial, almofadas e/ou de coxins para redistribuir a pressão. Uso de apoios e/ou proteções para erguer os pés e proteger os calcanhares. Se necessário, uso de barreiras protetoras: creme barreira, película semipermeável, espuma de poliuretano, substâncias oleosas.
<b>5ª) Educação</b>	Orientação do paciente e de familiares.

Fontes: NPUAP e Anvisa



### 3.2 SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS

O processo de medicação é multidisciplinar, sendo os profissionais da APS corresponsáveis pela implementação e ajuste do plano terapêutico, pelo suporte ao usuário e pelo monitoramento dos resultados terapêuticos.

Os medicamentos têm a finalidade de contribuir, na maioria das vezes, de forma decisiva para o controle das doenças e o aumento da expectativa e da qualidade de vida da população. A ausência, uso inadequado ou erros de prescrição e administração podem levar a ocorrência de eventos adversos e conseqüentemente ao sofrimento humano, à incapacidade, à redução na qualidade de vida e até a morte, além de ocasionar maiores custos e desperdício de recursos para o sistema de saúde e para a sociedade.

Para que haja a promoção do uso seguro dos medicamentos, é preciso definir claramente o objetivo terapêutico do uso do medicamento; prescrever o medicamento apropriado, de acordo com dados de eficácia, de segurança e de adequação ao indivíduo. Também é necessário que a prescrição seja adequada quanto à forma farmacêutica e ao regime terapêutico; que o medicamento esteja disponível de modo oportuno e acessível, e que responda a critérios de qualidade exigidos. Por fim, deve haver dispensação em condições adequadas, com orientação ao usuário, e este deve cumprir o regime terapêutico da melhor maneira possível, a fim de que surjam resultados terapêuticos desejados.

O processo de medicação é multidisciplinar, sendo os profissionais da APS corresponsáveis pela implementação e ajuste do plano terapêutico, pelo suporte ao usuário e pelo monitoramento dos resultados terapêuticos. Para que este processo ocorra de maneira satisfatória e atinja seus objetivos, devem ser adotadas práticas seguras na prescrição, dispensação e administração de medicamentos, na prevenção de erros de medicação, levando em consideração os medicamentos potencialmente perigosos e a conciliação medicamentosa.



### 3.2.1 PRÁTICAS A SEREM ADOTADAS PARA O USO SEGURO E RACIONAL DE MEDICAMENTOS

#### *Segurança na prescrição de medicamentos*

- Normalizar apresentação da informação sobre o medicamento;
- Elaborar a prescrição médica de forma legível, com as informações necessárias, sem abreviaturas, evitando interpretação errônea por parte do paciente;
- Disponibilizar relação de medicamentos selecionados/padronizados possibilitando ao prescritor maior familiaridade com os medicamentos e apresentações disponíveis na instituição;
- Definir protocolos clínicos baseados em evidência contribuindo para o uso seguro de medicamentos;
- O número de medicamentos prescritos deve considerar as reais necessidades de cada indivíduo e a análise do balanço entre potenciais benefícios e riscos;
- Avaliar regularmente os esquemas terapêuticos, com foco na adesão, adequação às preferências individuais e identificação de riscos minimizando danos e maximizando os benefícios pretendidos;
- Investigar o uso prévio de medicamentos e histórico de reações alérgicas é de suma importância no momento da prescrição;
- A gestão da APS deve disponibilizar às equipes fontes de informação atualizadas sobre as doses usuais para as diferentes indicações terapêuticas; faixas etárias principalmente em idosos para evitar iatrogenia medicamentosa; doses máximas de cada medicamento; e medicamentos que necessitam de ajuste de dose em casos especiais;
- A gestão da APS deve preconizar a participação do farmacêutico no processo de decisão terapêutica;
- A prescrição deve trazer de forma objetiva, legível e dentro dos padrões definidos pelos órgãos reguladores, todas as orientações sobre o



tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso a ser seguido pelo paciente;

- Adotar prescrições digitadas ou de sistema de prescrição eletrônica impactam diretamente na redução dos erros de prescrição;
- Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a Denominação Comum Brasileira (DCB), evitando-se ao máximo uso de siglas e abreviaturas;
- Medicamentos com grafia ou som semelhantes também geram confusões e são causas comuns de erros nas diversas etapas do processo de utilização de medicamentos. Em prescrições manuais ou eletrônicas, sistemas informatizados, etiquetas e áreas de armazenamento de medicamentos deve ser adotado o emprego de letra maiúscula e em negrito para destacar partes diferentes de nomes semelhantes (ex.: Lamivudina e Zidovudina). Recomenda-se divulgação de lista padronizada de medicamentos com grafia ou som semelhante.
- Não utilizar nas prescrições expressões vagas como “usar como de costume”, “a critério médico”, “uso contínuo”;
- No caso do uso da expressão “se necessário”, definir obrigatoriamente a dose, posologia, dose máxima e condição que determina a interrupção do uso do medicamento.

### ***Segurança na dispensação de medicamentos***

As boas práticas de armazenamento, além de garantirem a integridade dos produtos, devem ter foco na segurança da dispensação, buscando minimizar o risco de troca entre medicamentos. Recomenda-se que, independentemente da forma de organização dos estoques, os medicamentos com som e grafia semelhantes ou com rótulos e embalagens similares sejam armazenados em locais distantes um do outro e identificados, utilizando-se as diferentes partes de seus nomes destacadas em caixa alta (Ex.: LAMIVudina e ZIDOVudina, ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA).





A equipe da APS deve estar preparada e ser capacitada quanto ao preparo e administração de medicamentos, de modo a favorecer e proporcionar o aprendizado contínuo e/ou capacitação constante, no sentido de realizar esta prática com qualidade, evitando-se erros e resultados inesperados.

Para evitar erros na administração de medicamentos o profissional deve seguir alguns passos:

- Realizar a identificação correta do paciente, por meio dos indicadores padronizados na Unidade de Saúde;

- Chamar o paciente pelo nome completo;
- Pedir para que o paciente (ou acompanhante) se identifique dizendo o seu nome;
- Recomendar que compareça à Unidade de Saúde com um documento de identificação, preferencialmente com foto;

Em caso de nomes comuns ou semelhantes/homônimos, pedir ao paciente para que diga a data de seu nascimento (dia, mês e ano) e nome da mãe;

- Conferir o prescritor (nome e n° registro no órgão de classe) e a instituição procedente;
- Checar o medicamento prescrito (droga certa), identificando a data/horário, legibilidade, dosagem (dose certa), via de administração, resposta ao medicamento.
- Atentar para abreviaturas como: “unidades” (U) e “unidades internacionais” (UI), utilização de fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO<sub>4</sub> e outras) e nomes abreviados de medicamentos (HCTZ, PEN BEZ, SMZ-TMP e outros).
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução;
- Conferir atentamente nome, validade, presença de alteração de cor e/ou resíduos do medicamento a ser administrado;
- Registrar a administração do (s) medicamento (s) em prontuário.





- **Abordagem e esclarecimento corretos:** esclarecer ao paciente qualquer dúvida referente à medicação e como a mesma será feita, consideração o seu direito de recusa, com uma abordagem de fácil entendimento para o paciente.

No caso de medicamentos trazidos em mãos, pelos pacientes, provenientes de outros locais onde foram armazenados importante checar antes da administração a procedência, condições de armazenamento e transporte, lote, validade, temperatura, e outros quesitos.

### ***Medicamentos potencialmente perigosos***

Os medicamentos potencialmente perigosos possuem um risco maior de causar dano significativo ao paciente, quando utilizados erroneamente. Não significa que existe maior ou menor probabilidade de o erro acontecer, mas se acontecer, a consequência ao paciente será mais grave.

As unidades de saúde devem elaborar e divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos, indicando suas doses máximas, forma de preparo e administração, a indicação e a dose usual. O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos de alta vigilância (especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados), deve ser limitado, e as doses dos medicamentos conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

As ações para reduzir o risco de erros relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos envolvem:

- Padronização dos procedimentos para sua prescrição, armazenamento, preparo e administração;
- Restrição ao acesso;
- Melhorias na qualidade e na acessibilidade à informação sobre esses medicamentos;
- Utilização de rótulos auxiliares e alertas automáticos;
- Introdução de alertas de segurança nas prescrições;





os em colaboradores potenciais na obtenção de êxito dos objetivos propostos no tratamento. Assim, a equipe deve:

- Explicar a prescrição ao paciente;
- Informar ao paciente, de forma clara e objetiva, sobre o motivo e a forma de utilização dos medicamentos, nome dos medicamentos, frequência e duração do tratamento, certificando-se sobre sua compreensão e salientando a importância da adesão à terapia;
- Orientar o paciente, caso seja necessário, cuidados especiais no preparo e administração de medicamentos;
- Informar ao paciente as possíveis reações adversas e interações com medicamentos e alimentos;
- Intensificar a atenção com pacientes idosos, crianças, gestantes e lactantes em relação a orientação sobre o uso correto, seguro e racional de medicamentos dando ênfase à dosagem, possíveis interações (com medicamentos e/ou com alimentos), reações adversas potenciais e condições de conservação dos medicamentos;
- Caso seja possível utilizar etiquetas recordatórias e dispensadores com o objetivo de facilitar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso;
- Estabelecer uma relação de corresponsabilidade com o paciente é muito importante para evitar erros e garantir o sucesso terapêutico.

### 3.3 SEGURANÇA NO DIAGNÓSTICO

Erros no diagnóstico podem levar a danos graves ao paciente, seja por um diagnóstico errado, por sua falta, pelo seu atraso ou até mesmo sobre diagnóstico. Estudos sobre erros de diagnóstico conhecidos na APS indicam que a maior parte ocorre em doenças comuns, como pneumonia, câncer, Insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal aguda e infecção urinária naturalmente, isso se deve em parte ao fato de serem doenças comuns.

Os problemas identificados podem acontecer durante a consulta clínica, mas também estão relacionados a encaminhamentos, a fatores ligados a pacientes e ao







claro para o usuário e para os profissionais da APS que seguirão o acompanhamento de saúde.

- Qualificação dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente em relação ao tema Transição do Cuidado – Instituições de ensino, conselhos profissionais e serviços de saúde podem ofertar educação continuada referente às competências envolvidas no processo de transição do cuidado: construção do plano de cuidado compartilhado com paciente e cuidador; integralidade e individualidade do usuário no plano de cuidados, comunicação ativa (telefônica, eletrônica ou impressa) com profissionais de saúde em todos os ambientes, transferência do cuidado, tempo oportuno para transferência.

#### **4. PRÁTICAS DE SEGURANÇA DAS PESSOAS NA APS**

##### **4.1 BOAS PRÁTICAS E SEGURANÇA EM IMUNIZAÇÃO**

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi institucionalizado através da Lei nº 6259 de 30 de outubro de 1975, sendo regulamentado pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, tem como competência o suprimento dos imunobiológicos necessários, sem ônus para os órgãos executores.

O PNI é um programa do Ministério da Saúde – MS, e organiza toda a política de vacinação da população brasileira. Tem por objetivos a manutenção do estado de erradicação das doenças, o controle e ou eliminação de outros agravos e coordenar o suprimento e a administração de imunobiológicos indicados para cada situação ou grupos populacionais (crianças, adolescentes, gestantes, adulto, idoso, indígenas) específicos de cada doença.

A sala de vacina é classificada como área semicrítica, deve ser destinada exclusivamente à administração dos imunobiológicos, e os procedimentos desenvolvidos neste ambiente devem promover à máxima segurança e reduzir o risco de contaminação entre as pessoas vacinados como também para a equipe de vacinação.



Boas práticas em imunização podem ser definidas pelo conjunto de diretrizes que devem ser adotadas com o objetivo de garantir a qualidade de vacinação. Essas práticas objetivam a máxima proteção com o menor risco de danos à saúde da população. Assim, a segurança do paciente em salas de vacina está relacionada à realização de atividades específicas de vacinação por meio das boas práticas.

Para que as boas práticas e a segurança em imunização sejam concretas em todas as salas de vacinação, alguns pontos são fundamentais, como:

- Controle efetivo da cadeia de frio/rede de frio: A Rede de Frio compreende um sistema amplo, inclui estrutura técnico-administrativa orientada pelo PNI, por meio de normatização, planejamento, avaliação e financiamento que visa à manutenção adequada da cadeia de frio. Por sua vez, a Cadeia de Frio é o processo logístico da Rede de Frio para conservação dos imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o usuário, incluindo as etapas de recebimento, armazenamento, distribuição e transporte, de forma oportuna e eficiente, assegurando a preservação de suas características originais. Neste sentido, se faz necessária a verificação e certificação de determinadas condições ideais de conservação como: temperatura, prazo de validade, umidade, luz entre outras. Alterações da temperatura (excesso de frio ou calor) podem comprometer a potência imunogênica da vacina, desencadeando reações adversas locais ou sistêmicas;
- As salas de vacinação compõem a instância final da Rede de Frio e todas as atividades referentes ao processo de imunização devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem capacitada para o manuseio, conservação, administração e registro dos imunobiológicos. A equipe deve buscar periodicamente atualização técnico-científica, conforme orientação da Resolução – RDC 197 de 27 de dezembro de 2017, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana;
- Higienização das mãos nos 5 (cinco) momentos: se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e,



consequentemente, evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram uma infecção relacionada à assistência à saúde;

- Administração de vacinas: Anteriormente a administração da vacina, deve-se avaliar os registros contidos no sistema de informação vigente, como também os dados da caderneta de vacinação, com objetivo de análise da situação vacinal encontrada, para então dar continuidade ao esquema vacinal com qualidade e segurança;
- As vacinas têm indicações específicas quanto à composição, apresentação, à via de administração, à dose a ser administrada, à idade recomendada, ao intervalo entre as doses, à conservação e à validade, deve-se atentar para inúmeros cuidados na preparação da vacina:
  - a) Observar a validade da vacina e do material descartável (seringas e agulhas);
  - b) Realizar manuseio da vacina e seringas utilizando técnica asséptica, (ter atenção redobrada para que seringas e agulhas não entrem em contato com outras superfícies, abrindo as embalagens adequadamente);
  - c) Verificar se é a vacina indicada;
  - d) Observar o prazo de validade após a abertura do frasco;
  - e) Homogeneizar o conteúdo antes de aspirar a cada dose a ser administrada;
  - f) Seguir rigorosamente os 11 “certos” na administração da vacina:
    - g) Orientação certa
    - h) Paciente certo
    - i) Vacina certa
    - j) Dose certa
    - k) Validade certa
    - l) Via certa
    - m) Indicação certa
    - n) Armazenamento certo
    - o) Data certa
    - p) Aprazamento certo
    - q) Registro certo



- A técnica de aplicação da vacina deve ser adequada às características de cada vacina, é essencial que as vacinas sejam utilizadas de acordo com suas indicações, contraindicações, dosagens, condições de armazenamento, procedimentos de reconstituição conforme orientações e normas técnicas do Programa Nacional de Imunizações, entre outros;
- Armazenamento correto de insumos: as seringas e agulhas utilizadas na sala de vacinas devem ser mantidas na embalagem original, até o momento de sua utilização, em local limpo e seco, de preferência em armário fechado, com identificação do tipo de seringa (tamanho da seringa e da agulha), com o lote e a data de validade;
- Destino adequado aos resíduos da sala de vacinação: as seringas agulhas devem ser descartadas conforme descrição contida no plano de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (PGRSS), o qual descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada;
- Limpeza da sala de vacinação: Todos procedimentos de limpeza devem ser registrados em documentos impressos, previamente definidos, limpeza concorrente e limpeza terminal;
  - a) Concorrente: deve ser realizada ao menos duas vezes ao dia em horários preestabelecidos, ou sempre que for necessário.
  - b) Terminal: é a limpeza mais completa, inclui todas as superfícies verticais e horizontais, internas e externas da sala e dos equipamentos. Deve ser realizada a cada 15 dias contemplando limpeza de piso, teto, paredes, portas, janelas, mobiliário, luminárias, lâmpadas e filtros de condicionadores de ar.
- Comunicação efetiva: o processo de acolhimento em sala de vacina deve levar em conta não só técnicas de aplicação, mas também abordagem educativa (orientar sobre as doenças que a vacina previne, eventos adversos esperados, datas das próximas vacinas, e outros), e criação de vínculo com seus usuários,



permitindo a construção de um relacionamento profissional respeitoso, e confiabilidade mútua.

#### 4.1.1 EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO - EAPV

A vigilância dos Eventos Adversos Pós-vacinação (EAPV) deve ser realizada em tempo oportuno buscando a garantia, segurança, eficácia e qualidade das vacinas e dos imunobiológicos.

O Ministério da Saúde/Programa Nacional de Imunizações estruturou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós-Vacinação com os seguintes objetivos:

- Normatizar o reconhecimento e a conduta diante de casos suspeitos de EAPV;
- Permitir maior conhecimento sobre a natureza dos EAPV;
- Dar subsídios ou sinalizar a necessidade de realização de pesquisas pertinentes, bem como realizá-las;
- Identificar eventos novos e/ou raros;
- Possibilitar a identificação de imunobiológicos ou lotes com desvios de qualidade na produção resultando em produtos ou lotes mais “reatogênicos” e decidir quanto à sua utilização ou suspensão;
- Identificar possíveis falhas no transporte, armazenamento, manuseio ou administração (erros programáticos) que resultem em EAPV;
- Estabelecer ou descartar, quando possível, a relação de causalidade com a vacina;
- Promover a consolidação e análise dos dados de EAPV ocorridos no País em um sistema único e informatizado;
- Assessorar os processos de capacitação ligados à área de imunizações visando ao aspecto dos eventos adversos pós-imunização, promovendo supervisões e atualizações científicas;
- Assessorar profissionais da assistência para avaliação, diagnóstico e conduta diante dos EAPV;



- Avaliar de forma continuada a relação de risco/benefício quanto ao uso dos imunobiológicos;
- Contribuir para a manutenção da credibilidade do Programa Nacional de Imunizações com a população e os profissionais de saúde;
- Prover regularmente informação pertinente à segurança dos imunobiológicos disponíveis no programa nacional.

Após a identificação de um evento, a notificação e investigação devem ser iniciadas prontamente, com o preenchimento do formulário próprio a ser encaminhado à Vigilância Epidemiológica ou a Coordenação de Imunizações local ou municipal, que o encaminhará às Coordenações Regionais e estas às Coordenações Estaduais.

Eventos adversos Pós-vacinação que ocorrem nas salas de vacinas do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser notificados no Sistema de Informação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SIEAPV) e os das clínicas privadas devem ser notificadas no NOTIVISA.

A vigilância de EAPV, principalmente diante da introdução de novas vacinas, necessita ser dinâmica e em tempo real, permite o monitoramento on-line pelas três esferas de governo, desde a notificação, investigação até a conclusão/encerramento do nível central.

#### **4.2 BOAS PRÁTICAS E SEGURANÇA EM SAÚDE BUCAL**

O objetivo de todo profissional de saúde é cuidar do paciente com segurança, e na odontologia não é diferente. Como já citado neste guia, a segurança do paciente se define como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Diante disso, é de extrema importância que as equipes de saúde bucal tenham consciência quanto às condutas de segurança do paciente e de biossegurança na odontologia para ofertar um serviço seguro e de qualidade, bem como preservar sua própria segurança e a de sua equipe.

Devido ao grande número de procedimentos invasivos realizados na prática odontológica, são diversos os riscos existentes com relação à biossegurança e também relacionados à execução adequada de tais procedimentos, por isso é imprescindível que boas práticas sejam adotadas pelas equipes de saúde bucal.



A organização do processo de trabalho em equipe, resultará na construção de uma prática que vise à melhoria contínua da qualidade, sem fragmentação, com melhor atendimento ao usuário, boas condições à equipe e diminuição dos riscos da exposição aos agentes inerentes à prática odontológica (ANVISA, 2006).

O PNSP estabelece seis metas, e com exceção da redução de lesões por pressão, todas elas podem ser aplicadas na rotina das equipes de saúde bucal para reduzir riscos e garantir ações de segurança do paciente.

### **Anamnese**

Uma anamnese bem realizada dará informações para que o profissional conheça seu paciente, possibilitando que, além de um diagnóstico adequado, sejam tomadas as medidas de segurança necessárias com esse paciente durante a realização dos procedimentos. É imprescindível que a equipe tenha conhecimento, por exemplo, sobre a presença de condições crônicas, se o paciente faz uso de algum medicamento ou realizou algum tratamento recentemente, se possui algum tipo de alergia, entre outros.

### **Biossegurança**

A ANVISA define biossegurança como “condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente.”

O ambiente de trabalho odontológico apresenta riscos de natureza física, química e biológica para os que o frequentam, sejam usuários ou profissionais. Conhecer as medidas de biossegurança é fundamental para um atendimento seguro aos pacientes, além disso, é importante que a equipe como um todo esteja capacitada para a realização de tais cuidados. Algumas metodologias ativas podem ser implantadas pela equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) para garantir a segurança no atendimento.



## **Prescrição medicamentosa**

A prescrição medicamentosa faz parte da rotina do cirurgião-dentista e é de extrema importância que o profissional se mantenha constantemente atualizado sobre esse assunto e atento às necessidades de cada paciente. A conduta do profissional deve ser baseada em evidências científicas. Com relação aos fatores que podem influenciar nessa decisão, podemos citar o perfil do paciente, o qual pode apresentar alergia a determinados princípios ativos, ou uso de outros fármacos, que podem levar a diferentes interações medicamentosas. A prescrição deve ser realizada considerando outros fatores, como a forma de administração e de apresentação desses fármacos, bem como seu mecanismo de ação.

Outro fator relacionado à segurança do paciente é com relação ao seu entendimento sobre a prescrição. Nesse caso o profissional pode utilizar as metodologias ativas como ferramenta de segurança para a prescrição.

## **Cirurgia Segura em Odontologia**

Quando falamos em cirurgia segura imediatamente remetemos aos princípios de biossegurança para controle de infecção, e de fato, essas medidas são imprescindíveis para uma cirurgia segura. No entanto, outros cuidados devem ser levados em consideração durante a realização de procedimentos odontológicos, sejam eles cirúrgicos ou não, como:

- Verificar o prontuário do paciente e confirmar sua identificação;
- Confirmar em qual elemento dental o procedimento será realizado;
- Verificar previamente se o paciente possui alergia a medicações ou anestésicos locais;
- Verificar previamente se o paciente possui alguma condição que necessite cuidados adicionais;
- Verificar previamente se o paciente faz uso de medicações que possam levar a interações medicamentosas ou que necessitem suspensão para realização de procedimento cirúrgico, como os anticoagulantes, por exemplo.



- Realização de técnica cirúrgica
- Adequada diminuindo riscos de acidentes e complicações cirúrgicas;
- Informar ao paciente sobre os cuidados pós-operatórios.

## Eventos adversos em Odontologia

A odontologia caminhou muito pouco no campo da segurança do paciente em comparação com outras áreas da saúde, a despeito de sua natureza, em geral, invasiva e eminentemente cirúrgica; do contato íntimo com secreções como saliva e sangue; da grande dependência das habilidades do cirurgião-dentista; das possíveis emergências médicas que podem ocorrer durante o atendimento; ou seja, do amplo conjunto que configura como potencialmente propício a ocasionar eventos adversos, caminhou muito pouco no campo da segurança do paciente em comparação com outras áreas da saúde (CORRÊA; MENDES, 2017).

Na odontologia, são inúmeros os eventos que podem causar danos aos pacientes, como: fraturas dentais ou ósseas, fratura de agulha ou instrumental, comunicação bucosinusal, perfuração endodôntica, exposição pulpar acidental, deglutição de corpos estranhos durante o procedimento, alveolite, realização do procedimento no dente errado, erro de diagnóstico, entre outros.

Diante disso, é de suma importância que Protocolos de Segurança do Paciente sejam implantados na prática odontológica.

### 4.4 BOAS PRÁTICAS E SEGURANÇA EM CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) é o serviço responsável pelo Processamento de Produtos para Saúde (PPS) a serem utilizados nos procedimentos. Atualmente, os requisitos de boas práticas para o PPS são baseados na RDC nº 15, de março de 2012.

A CME da Atenção Primária à Saúde, segundo a RDC nº 15/2012, art. 5º, 1§, é classificada como Classe I, ou seja, é aquela que realiza o PPS não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento. A



CME Classe I deve possuir, no mínimo, barreira técnica entre o setor sujo e os setores limpos.

O PPS envolve um conjunto de ações relacionadas aos procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização, incluindo controle de qualidade em todas as etapas, que visam garantir a segurança na sua utilização. Constitui-se uma atividade complexa que tem como objetivo evitar qualquer evento indesejável relacionado ao seu uso (PAULA et.al., 2017).

É necessário planejamento de todas as etapas, as quais devem seguir métodos sistemáticos e critérios preestabelecidos em protocolos instituídos e padronizados nos serviços. A execução das práticas recomendadas torna-se indispensável, de modo a garantir eficiência no processamento (*op.cit.*).

Os profissionais que atuam em uma CME precisam conhecer os principais conceitos (limpeza, desinfecção, esterilização, classificação dos artigos, métodos de desinfecção e esterilização, etc.) e requisitos de infraestrutura de uma CME\* (recepção, expurgo, área limpa, área de esterilização e estocagem) (\*RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002). Além disso, o monitoramento dos processos realizados é de suma importância, os quais são realizados por meio da verificação dos parâmetros críticos do ciclo (tempo, temperatura e pressão), monitoramento químico por meio de indicadores químicos e monitoramento biológico, através da utilização de indicadores biológicos.

Quanto aos equipamentos utilizados no PPS, todos deverão ser submetidos à qualificação de instalação, qualificação de operação e qualificação de desempenho. Segundo a RDC nº 15/2012, art. 41º, “todos os equipamentos de limpeza automatizada e esterilização devem ter seu processo requalificado após mudança de local de instalação, mau funcionamento, reparos em partes do equipamento ou suspeita de falhas no processo de esterilização”.

Todas as etapas do processamento de produtos para saúde devem ser realizadas por profissionais para os quais estas atividades estejam regulamentadas pelos seus conselhos de classe (RDC nº 15/2012, art. 27º).



A CME deve possuir um responsável técnico de nível superior, para a orientação e supervisão de todas as etapas do PPS, além da capacitação dos profissionais envolvidos no processo.

Portanto, falar em PPS é pensar em qualidade de serviço favorecendo as melhores implicações ao usuário.

#### **4.5. BOAS PRÁTICAS E SEGURANÇA NA LIMPEZA E HIGIENE DA UNIDADE DE SAÚDE**

A higiene e limpeza ambiental é um dos pilares da prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. O ambiente ocupado por pacientes pode funcionar como reservatório para microrganismos favorecendo a disseminação desses agentes. Portanto, as rotinas de limpeza e desinfecção ambiental estabelecidas em protocolos operacionais acessíveis e elaborados de acordo com a realidade são ferramentas indispensáveis. O processo de limpeza e desinfecção ambiental não visa à eliminação de todos os microrganismos, mas sim a redução da carga microbiana.

Garantir a qualidade da limpeza em um serviço de saúde envolve a disponibilidade de recursos, estrutura e rotinas detalhadas, bem como, adequada capacitação da equipe e ferramentas voltadas ao monitoramento dos processos e resultados.

Os protocolos operacionais padrão devem contemplar o mapeamento das áreas quanto ao risco para disseminação de microrganismos, a definição do que deve ser limpo, quem deve realizar a higienização, localização dos itens/áreas, frequência e método de limpeza, de acordo com a disponibilidade de pessoal.

As áreas dos serviços de saúde têm sido definidas de acordo com o risco potencial de transmissão de infecções, sendo classificadas em críticas, semicríticas e não-críticas.

**Áreas críticas** são caracterizadas por ambientes onde o risco de transmissão de infecção é aumentado, locais onde se realizam procedimentos de risco com grande manuseio de matéria orgânica ou onde se encontram pacientes clinicamente críticos ou imunodeprimidos.





cronograma de limpeza deve garantir que nenhuma área ou item seja esquecido na rotina.

- Os produtos utilizados devem ter aprovação e registros adequados além de serem diluídos corretamente conforme instruções do fabricante, de preferência com dosadores automáticos.
- A frequência de limpeza depende da classificação de risco da superfície ou do item a ser limpo.
- A limpeza concorrente deve ser realizada pelo menos duas vezes ao dia.

## 5. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Segundo a RDC nº. 36/2013, estabelece o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”.

O NSP deve ser instituído nos serviços de saúde, sendo a instância responsável por apoiar a condução das ações de melhoria da qualidade e da segurança do paciente consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

Segundo a RDC nº 36/2013 que institui ações para a segurança do paciente todos os serviços de saúde, com exceção dos consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar devem constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição.

A conformação dos NSP deve estar de acordo com o tipo e a complexidade do serviço, na Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser constituído um NSP para cada



serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, podendo ser de uma mesma região de saúde, ou município, por exemplo, único ou compartilhado entre várias unidades, conforme definição do gestor local.

Dentro do serviço de saúde ambulatorial, o gestor municipal é a responsável pela nomeação e composição do NSP, conferindo aos seus membros, autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP).

O NSP deve ser formalizado e constituído por representante da gestão, coordenação da APS e da Vigilância Sanitária, como também da equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro, devendo ser considerada a inclusão de representantes das diversas unidades de saúde do território como: Unidade Básica de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipe multiprofissional.

Figura 2: Modelo de composição de Núcleo de Segurança do Paciente na APS



Fonte: BRASIL/2016 adaptado pelos autores.

Atividades desenvolvidas pelo NSP:



- Implantar de Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores, nas Unidades Básicas de Saúde;
- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Elaborar, implantar, divulgar e atualizar e monitorar o Plano de Segurança do Paciente (descrito no próximo capítulo)
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Promover ações para a gestão do risco no serviço de saúde;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes relacionados à assistência à saúde decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Notificar os Eventos Adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

## **6. PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

O Plano de Segurança do Paciente (PSP) é o documento que expressa a relevância que a Segurança do Paciente possui na organização, por meio da definição de prioridades na implementação de práticas de segurança, na gestão de riscos e redesenho de processos, na identificação de estratégias que conectem a liderança e



os profissionais da linha de frente do cuidado, nas necessidades de formação e de avaliação da cultura de segurança do paciente. Para tanto, aponta situações de risco mais importantes e descreve as estratégias e ações definidas pela APS para a gestão de risco visando à prevenção e mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente.

O Núcleo de Segurança do Paciente é responsável pela elaboração do PSP e para sua execução, sugere-se que o PSP se desdobre em diferentes planos de ação, que conterão as diretrizes operacionais com detalhamento em nível de atividades.

O PSP deve estabelecer as principais estratégias, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, minimamente para:

- Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- Integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- Implementação de protocolos estabelecidos pelo MS de forma adaptada para a APS: identificação do paciente; higiene das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas e prevenção de lesão por pressão;
- Estabelecer estratégias e protocolos para o uso seguro de equipamentos e materiais; prevenção e controle de Eventos Adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; segurança na infusão de terapias nutricionais enteral e comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e a promoção do ambiente seguro.

Importante lembrar que o PSP é o planejamento estratégico para a segurança do paciente baseando-se na missão, visão e valores do serviço de saúde; e deve dialogar com outros planos ou programas existentes no serviço de saúde.



Sugere-se que a elaboração PSP fundamente-se em métodos que permitam responder a perguntas chave para a organização no que diz respeito à Segurança do Paciente. Um método que pode ser utilizado para tal propósito é o 5W2H, sendo as iniciais em inglês para as perguntas What (o quê?), Why (por quê?), Where (onde?), Who (quem?), When (quando?), How (como?) e How much (quanto custa?), como apresentado no Quadro 1.

*Quadro 1 – Elaboração do Plano de Segurança do Paciente, com base no método 5W2H*

QUESTÕES	PLANO DE SEGURANÇA DO PACIENTE
O quê?	O que será feito? Quais as ações a serem desenvolvidas?
Quem?	Quem será o responsável pela implantação e condução das ações?
Por quê?	Por que será feito? Qual a justificativa e qual o resultado esperado?
Onde?	Onde será feito? Onde a ação será desenvolvida? Qual a abrangência?
Quando?	Quando será feito? Qual o prazo, as datas para início e término?
Como?	Como será feito? Como a ação será implementada? Qual o passo a passo? Qual a metodologia a ser utilizada?
Quanto?	Quanto custará? Análise do investimento a ser realizado (não se restringe a investimento financeiro)

Fonte: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2016, p.26).26

O 5W2H é útil para a formulação de pontos norteadores do PSP: quais são as prioridades e por que; os ambientes de cuidados onde devem acontecer as mudanças, em que prazo, a definição de responsáveis, uma mudança em larga escala ou mais focada, como serão implementadas as ações propostas, e qual será o custo envolvido.

## 7. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE

A notificação de eventos adversos é essencial para a segurança do usuário/paciente na APS e principalmente para o desenvolvimento e internalização da cultura de gerenciamento da qualidade. A partir do conhecimento dos principais eventos adversos ocorridos podem ser elaboradas estratégias de melhorias nos



processos de trabalho em prol da redução destes incidentes que resultam em danos à saúde.

Os erros assistenciais podem ser decorrentes de atos inseguros não intencionais cometidos por quem está em contato direto com o paciente ou por uma combinação de fatores. Diversos fatores podem acarretar falhas/incidentes durante a prestação de cuidados como o comportamento e a comunicação entre os profissionais de saúde, fadiga, estresse, o ambiente de trabalho, não aderência do paciente ao tratamento/conduitas, falhas no protocolo de passagem de plantão/transferência de paciente, entre outros.

Uma das funções obrigatórias do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Após a constituição do NSP municipal/distrital que fará a gestão dos incidentes e eventos adversos ocorridos nas unidades de sua abrangência, um dos primeiros passos é o cadastro da instituição junto à Anvisa e a elaboração e implementação de um protocolo de Notificação de Incidentes/Eventos Adversos. Este documento descreve detalhadamente o fluxo de registros das notificações, as pessoas responsáveis pelas notificações e todas as etapas a serem seguidas para registro e análise das ocorrências.

Atualmente existem 3 (três) sistemas do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) que realizam a captação de todos os eventos adversos ocorrido no Brasil:

NOTIVISA 1.0 – destinado a notificação de erros e eventos adversos relacionados a hemocomponentes, vacinas (clínicas particulares) e queixa técnica de produtos;

NOTIVISA 2.0 – módulo de assistência à saúde para notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde como, por exemplo, quedas e problemas relacionados a identificação do paciente;

VIGIMED – para notificação de eventos adversos a medicamentos como, por exemplo, dispensação/administração de medicamento errado ao paciente.

O Sistema NOTIVISA também permite a notificação por cidadãos (pacientes, familiares, acompanhantes e cuidadores) podendo ser realizada de maneira voluntária



e confidencial. Já a notificação de incidentes/eventos adversos decorrentes do processo de cuidado é obrigatória a todos os Serviços de Saúde conforme a RDC nº 36/2013.

Após o registro do incidente/evento adverso é fundamental que seja realizada a investigação e análise da causa-raiz através de ferramentas da Gestão da Qualidade. Este passo objetiva descobrir os fatores que ocasionaram o problema possibilitando a elaboração de um plano de ação com foco na melhoria contínua da unidade e prevenção de reincidência que poderia afetar outros pacientes. Importante destacar que o objetivo da notificação de incidentes e eventos adversos nos sistemas oficiais do SNVS é identificar danos passados, para aprendizagem e prevenção de sua reincidência de forma não punitiva.

No âmbito nacional, são considerados prioritários para a notificação e investigação, dentro do prazo de 72 horas após a ocorrência, os *never events* (eventos que nunca deveriam ocorrer) e os EA que resultaram em óbito do paciente.

Figura 3 – Lista dos Never Events (eventos catastróficos/que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde/eventos sentinela) que devem ser notificados no Sistema de Informação da Anvisa

NE 01	Óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde
NE 02	Procedimento cirúrgico realizado em local errado
NE 03	Procedimento cirúrgico realizado no lado errado do corpo
NE 04	Procedimento cirúrgico realizado no paciente errado
NE 05	Realização de cirurgia errada em um paciente
NE 06	Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após a cirurgia
NE 07	Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1
NE 08	Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível
NE 09	Gás errado na administração de O2 ou gases medicinais
NE 10	Contaminação na administração de O2 ou gases medicinais
NE 11	Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada
NE 12	Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente
NE 13	Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde
NE 14	Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde
NE 15	Inseminação artificial com o espermatozoide do doador errado ou com o óvulo errado
NE 16	Óbito ou lesão grave materna associado ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco
NE 17	Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exame de radiologia
NE 18	Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética
NE 19	Óbito ou lesão grave de paciente associados à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde
NE 20	Úlcera (lesão) por pressão estágio III (perda total de espessura tecidual – tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, sem exposição dos ossos, tendões ou músculos)
NE 21	Úlcera (lesão) por pressão estágio IV (perda total de espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculos)



*Fonte: Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025. Anvisa, 2021.*

Após a notificação e inserção das informações no sistema NOTIVISA 1.0/2.0 e VIGIMED pelo NSP municipal/distrital os dados são monitorados e analisados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Sempre que necessário, a equipe da Vigilância Sanitária (VISA) entrará em contato com o NSP municipal/distrital com o intuito de obter informações detalhadas sobre o incidente ocorrido.

## **8. METODOLOGIAS ATIVAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA SEGURANÇA**

As metodologias ativas de aprendizagem, permite a articulação da teoria e prática, de forma que possa mobilizar os conhecimentos sobre segurança das pessoas na APS que foram descritos ao longo do manual no processo de trabalho das equipes de forma mais significativa e implicada, destacamos:

### **Dupla Checagem**

A dupla checagem consiste em conferir duas vezes algum processo de trabalho, informação ou material, objetivando reduzir potencial erro, principalmente nos processos mais críticos, minimizando erros por lapso de memória.

A técnica consiste em verificar as informações duas vezes por pessoas diferentes ou instrumentos diferentes (eletrônico e manual, por exemplo), registrando as conferências. A maneira de fazer e registrar a dupla conferência pode ser variável. O importante é aumentar a atenção para etapas críticas do processo incluindo duas conferências de origem distinta, no sentido de minimizar os erros por lapsos de memória.

Existem diferentes formas e momentos para a realização da dupla conferência. Por exemplo, em processos de identificação do paciente antes de realizar algum procedimento (conferência utilizando dois identificadores, conferência da identidade feita pelo profissional e pelo paciente).

### **Ensinar de Volta**



O ensinar de volta (*Teach Back*) representa um método utilizado para melhorar a comunicação e educação ao paciente, checando se o que o profissional de saúde explicou foi claramente compreendido pelo paciente. Com o objetivo de melhorar a comunicação e educação ao paciente.

Este método vai além de perguntas “você entendeu?” ou “está claro?”. Ao contrário, o profissional de saúde pede ao paciente para explicar ou demonstrar, usando suas próprias palavras, o que acabou de ser discutido.

A realização deste método consiste em: primeiro, a equipe deve ser encorajada a aprender a técnica para aprimorar suas habilidades de comunicação. Deve-se começar com um paciente em um dia, testar a técnica e escrever a reflexão (como foi à experiência? Tem algo diferente que deveria ter feito? Há algum desconforto/preocupação do paciente em utilizar esta técnica?). Depois de iniciar o teste com um paciente, estudar o que deu certo e o que deu errado, adequar à técnica, pode expandir o teste para dois pacientes por dia e assim por diante, sempre estudando e adequando conforme a reflexão das experiências. É preciso praticar, praticar, praticar até virar um hábito e fazer parte da rotina.

Recomenda-se o uso da ferramenta sempre quando tiver contato com paciente, durante as consultas, orientações e visitas, por exemplo. É importante utilizar uma linguagem clara, empática, apropriada para o paciente para que as orientações sejam compreendidas. Depois das orientações, existem algumas formas para solicitar o entendimento do paciente.

*Evite utilizar perguntas fechadas como:*

- “ficou tudo claro?”
- “você compreendeu tudo direitinho?”

Ao contrário, utilize perguntas abertas, como:

- “Para eu ter certeza que não me esqueci de nada, você poderia me explicar como você vai tomar este medicamento?”
- “Nós conversamos bastante hoje. O que você achou mais importante?”
- “Para eu ter certeza que te passei as informações claras, por favor, me mostre como você vai usar seu dispositivo para asma em casa?”



Depois de escutar atentamente o que paciente relatar, reoriente somente o que ainda não foi compreendido pelo paciente. Podem utilizar desenhos, diagramas, formas de simplificar as explicações. Dependendo da complexidade e quantidade de informações, separem em partes as orientações, verificando a compreensão do conhecimento em cada “bloco” de orientações. Aplique novamente as perguntas do “ensinar de volta”. Se depois de duas ou três tentativas o paciente ainda não souber explicar, peça ajuda para outro colega que pode ter uma abordagem diferente da sua ou considere utilizar outro método para educação do paciente.

### **E se?**

É uma ferramenta estruturada para levantar-se possíveis falhas de processo, com o conseqüente desenvolvimento de barreiras de prevenção, identificação, análise e tratamento dos riscos, incentivando a percepção de risco para questões de segurança.

*A utilização da ferramenta deve ser feita em contexto de reunião. Para tanto, deve seguir os seguintes passos:*

1. Definição do objetivo e do contexto: a reunião deve começar com a definição clara do objetivo. É interessante anotar para que todos tenham em mente durante toda a reunião. Também é recomendável descrever o contexto em que surgiu a necessidade da aplicação da técnica.
2. Relembrar as regras da técnica: evitar criticar as ideias que forem expostas.
3. Exemplo inicial de ideia pelo moderador: com a finalidade de descontrair o grupo e estimular a criatividade, o condutor pode apresentar um exemplo de ideia para a solução do problema em questão.
4. Geração de ideias pelo grupo.

Neste momento, começa a sessão de perguntas sobre as ideias de cada pessoa para mitigar os riscos. Os participantes devem apresentar uma ideia por vez, para que a discussão não fique polarizada em direção das pessoas mais participativas.



### **Ler de Volta (*Read Back*)**

A técnica Ler de volta (*Read Back*) representa a conferência de passagem de informação a fim de tornar comunicação efetiva, assim, consiste em anotar a informação passada, ler de volta o que foi anotado e validar informação com o emissor, fazendo o circuito fechado de comunicação. É uma ferramenta útil para comunicação de forma geral, é usada principalmente para passagem de informações por telefone, mas não se restringe apenas a este cenário.

Da mesma forma que demais ferramentas de comunicação, primeiro devem começar o teste do uso da ferramenta em pequena escala, adequar conforme cada realidade para depois expandir.

*Os passos para execução da ferramenta são:*

1. Escutar a informação emitida (por exemplo, resultado de exame, orientação de cuidado, etc.);
2. Anotar a informação na íntegra, contemplando os dados necessários (por exemplo, identidade do paciente, resultado de exame, etc.);
3. Ler em voz alta a informação anotada na íntegra ao emissor;
4. Confirmar a informação com o emissor.

### **IDRAW**

É uma ferramenta estruturada para melhorar a comunicação durante uma transferência através de um formato padronizado de comunicação.

O IDRAW possui cinco componentes: **I** de identidade; **D** de diagnóstico; **R** de recentes mudanças; **A** de antecipação de mudanças e **W** do inglês "*What else should I be worried about?*" que significa "Com o que mais eu deveria me preocupar?".

É aplicável em diferentes ambientes de assistência à saúde, podendo ser realizado pessoalmente, verbalmente, por telefone, em formulários ou reuniões.



Da mesma forma que demais ferramentas, primeiro devem-se começar o teste do uso da ferramenta em pequena escala, adequar conforme cada realidade para depois expandir.

*Sobre a ferramenta em si, abaixo estão descritos os componentes:*

1. Identidade de dois identificadores de pacientes e identidade do prestador principal.
2. Diagnóstico e análise de sistemas clínicos, incluindo problemas atuais.
3. Recentes mudanças e sinais vitais atualizados.
4. Antecipação de mudanças nas próximas horas e tarefas que precisam de atenção.
5. W: Oportunidade de fazer perguntas como: “Com o que mais eu deveria me preocupar”?

### **Reunião Rápida de Segurança**

As reuniões rápidas são encontros breves (aproximadamente entre cinco minutos a quinze minutos) agendados regularmente para falar sobre segurança do paciente, pautando tópicos importantes a serem realizados ao longo do dia ou da semana.

A reunião deve ser estruturada, com a participação de todos os membros da equipe, transparente quanto aos tópicos abordados e encaminhamentos pertinentes. É importante se estabelecer a periodicidade das reuniões rápidas (agendamento das reuniões), podendo ser realizadas diariamente no início ou término da jornada de trabalho, por exemplo.

Recomenda-se que se tenha um condutor para agilizar o processo, espaço de fala para cada membro da equipe para preocupações de segurança do paciente no processo de trabalho, pactuação das ações priorizadas (com nomeação do responsável e período de tempo de execução de cada tarefa) e retomadas do assunto nas próximas reuniões.

É importante ajustar a estrutura da reunião usando um primeiro grupo de experimentação para depois expandir para realizá-la com mais frequência ou com



mais colaboradores. Ser transparente quanto ao acompanhamento e compartilhamento dos resultados é essencial para engajamento da equipe e desenvolvimento de uma cultura de segurança positiva. Outro aspecto que merece atenção é o treinamento de outros membros da equipe para coordenar as reuniões rápidas.

## **SBAR**

É uma ferramenta para melhorar a comunicação através de um formato padronizado, objetivando estruturar informações para melhorar a comunicação da equipe, sendo possível aplicar em diferentes ambientes de assistência à saúde, podendo ser realizado pessoalmente, verbalmente, por telefone, em formulários ou reuniões.

*O SBAR possui quatro componentes:*

1. Situação: Qual é a situação atual? Descreve o cenário do paciente, o que vem acontecendo, o que ele vem sentindo, o que ele vem apresentando de sinais.

2. *Background*: quais são as informações relevantes sobre os antecedentes do paciente, história clínica? Descreve a história resumida e relevante do paciente. Comorbidades importantes e eventos prévios devem estar registrados aqui, por exemplo: cirurgias, alergias, sinais vitais anteriores, etc.

3. Avaliação: Qual é a sua avaliação da situação? Trata-se de sua avaliação/impressão atual. Aqui você pode destacar os dados que embasaram a sua avaliação (dados de exame físico, exames complementares, por exemplo).

4. Recomendação: O que você acha que deve ser feito ou do que você precisa? Qual é a solução específica para o problema? Trata-se da sua recomendação a partir da sua avaliação. Defina o plano terapêutico, qual encaminhamento, quais exames ou procedimentos devem ser feitos, mudanças nas prescrições, etc.

Como toda a ferramenta com objetivo de melhorar comunicação, ela deve ser utilizada e ser de conhecimento de todos da equipe. Para começar a utilizar a



ferramenta, comece encontrando pessoas que estejam interessadas em utilizá-la. Depois pense em como aplicar a ferramenta, se será por meio de um formulário (onde ficará este formulário? para quais situações será utilizado? precisa adequar alguma pergunta?), se será durante a passagem de informações por telefone (terá algum lembrete no lado do telefone?), se será para estruturar reuniões de equipe sobre situações clínicas do paciente, etc.

Pratique seu uso com alguns membros da equipe e faça alterações necessárias a partir destas experiências. Teste novamente com as alterações até ver se a ferramenta é aplicável para somente depois expandir a experiência. É importante sanar todas as dúvidas bem como deixar claro o porquê de seu uso para todos da equipe.

### **Palavra PIS**

A palavra PIS é um acrônimo que pode ser representada por uma palavra, uma frase ou até mesmo um gesto para ser utilizado durante o processo de trabalho entre os membros da equipe a fim de chamar atenção para alguma questão de segurança, como: “Estou preocupado...”, “Estou incomodado...”, “Isso é inseguro...”, “Estou assustado...”, “Essa é uma questão de segurança...”, “PARE”.

Esta ferramenta serve para aumentar o nível de preocupação com questões de segurança, sem gerar confronto direto. Sua utilização na equipe de saúde facilita o diálogo em relação à segurança de maneira fácil e automática.

Para utilizar essa ferramenta deve-se acordar com a equipe o uso da Palavra PIS. Escolher quais serão as palavras PIS da equipe, que faz sentido para todos. Posteriormente, divulgar a palavra PIS acordado de forma a ser de conhecimento geral da equipe quais essas palavras serão utilizadas com o objetivo de sinalizar situações preocupantes de segurança.

### **Tutor de Segurança**

O tutor de segurança é uma pessoa de referência para questões de segurança do paciente na instituição, que serve para orientar e incentivar o restante da equipe para aprimorar os processos de trabalho voltados à temática com a finalidade de



incentivar cultura de segurança do paciente e desenvolvimento de ações de segurança do paciente.

Para a escolha do tutor devem-se observar alguns atributos: caráter voluntário preferencialmente, conhecimento, habilidades relativas à segurança do paciente, liberdade para propor e executar ações, disponibilidade, comprometimento e bom relacionamento.

As etapas para implantar a ferramenta passam pela proposta e aceite da equipe (vontade), escolha do representante, seu treinamento, bem como atividades por ele desenvolvidas.

## 5 Momentos de Higienização de Mãos

São momentos para lembrar-se de higienizar as mãos antes, durante e após o atendimento ao paciente, com o objetivo de identificar os momentos para higienização de mãos a fim de reduzir o risco de transmissão de infecções via contato:

1. Antes de tocar o paciente;
2. Antes de realizar procedimento limpo ou asséptico;
3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções;
4. Após tocar o paciente;
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente.

### 5 momentos de higiene de mãos



1 Antes de tocar no paciente

2 Antes de realizar procedimento limpo/asséptico

3 Após risco de exposição a fluidos corporais

4 Após tocar o paciente

5 Após tocar superfícies próximas ao paciente

Fonte: Curso 1 – Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Projeto Segurança do Paciente na APS. 2020.



Para utilização da ferramenta, sugere-se treinamento e engajamentos de todos da equipe de saúde, incluindo o próprio paciente. Ampla divulgação dos momentos por meio de recursos visuais é uma estratégia. Acesso aos dispensadores de álcool 70%, pias, água e sabão é de extrema importância para adesão aos momentos de higienização, bem como a técnica correta da higienização.

### 5 Momentos para o Uso Seguro de Medicamentos da OMS

Os 5 momentos para o uso seguro de medicamentos representam uma ferramenta desenvolvida pela OMS para o Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente “Medicação sem danos” com o objetivo de incentivar o envolvimento do paciente quanto ao uso de seus medicamentos.

Trata-se de perguntas que o paciente deve fazer ao profissional de saúde sobre seus medicamentos nos cinco momentos: início, durante o uso, quando adiciona algum medicamento ao seu tratamento, quando revisa os medicamentos em uso e quando para o uso de um medicamento.



5 Momentos para o Uso Seguro de Medicamentos				
INICIANDO UM MEDICAMENTO	USANDO UM MEDICAMENTO	ADICIONANDO UM MEDICAMENTO	REVISANDO MEUS MEDICAMENTOS	PARANDO MEUS MEDICAMENTOS
Qual o nome do medicamento e para que ele serve?	Quando eu devo tomar este medicamento e quanto eu tenho que tomar cada vez?	Eu realmente preciso de outro medicamento?	Por quanto tempo eu tomo cada medicamento?	Quando eu devo parar de tomar cada medicamento?
Quais são os possíveis efeitos	O que devo fazer se apresentar reações	Este medicamento pode interagir com	Eu estou usando medicamentos que	Se eu parar meu medicamento devido



adversos?	adversas?	os meus outros medicamentos?	eu não preciso mais?	a um efeito indesejável, onde eu devo reportar?
-----------	-----------	------------------------------	----------------------	---

Referência. WHO. 5 Moments for medication safety. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/5moments/en/>. Acesso em 25/09/2020.

As perguntas são aplicáveis em diferentes níveis de atendimento e em diferentes configurações e contextos. Paciente, cuidador e família devem ser estimulados a questionar sobre seus medicamentos aos profissionais de saúde durante todo o seu itinerário terapêutico, como nas unidades de saúde, consultas as profissionais de saúde, visitas domiciliares, na farmácia, em ambulatórios.

## 9 Certos de Administração dos Medicamentos

Trata-se de um conjunto de medidas a serem verificadas antes da administração de medicamentos para assegurar seu uso de forma segura, com o objetivo de conferir itens importantes durante a administração de medicamentos.

*São nove itens que necessitam estar adequados (ou seja, certos) para uma medicação segura, que são:*

1. Paciente certo: Perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar dupla conferência (no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto).
2. Medicamento certo: Checar se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado.
3. Via certa: Identificar a via de administração prescrita e a ser realizada.
4. Hora certa: Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.
5. Dose certa: Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Atentar para o rótulo do medicamento, bem como a dose preparada.
6. Registro certo: Registrar na prescrição/prontuário o horário da administração do medicamento. Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.
7. Ação certa: Garantir que o medicamento é prescrito pela razão certa.



SEGURANÇA NO  
CUIDADO DAS  
PESSOAS NA APS

8. Forma certa: Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica adequada ao paciente.

9. Resposta certa: Observar o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve efeito desejado.



Quadro 2. Metodologias ativas para implementação segurança no cuidado das pessoas na atenção primária à saúde.

Técnica	Objetivo	Descrição	Como
Dupla Conferência/ Dupla Checagem	Reduzir potencial de erro, principalmente utilizado nos processos mais críticos e minimizar erros por lapso de memória.	Conferir processo de trabalho, informação ou material.	Definir os itens para checagem do processo por pessoas diferentes ou instrumentos diferentes, realizar a checagem e registrá-la.
Ensinar de volta (Teach Back)	Melhorar comunicação e educação ao paciente.	Checar se o que o profissional de saúde explicou foi claramente compreendido pelo paciente.	Orientar o paciente de forma clara e objetiva. Solicitar depois para o paciente explicar ou demonstrar, com suas próprias palavras o que acabou de relatar. Reorientar somente o que ainda não foi compreendido pelo paciente.
E se?	Levantar possíveis falhas de processo para desenvolver barreiras de prevenção.	Aproveitar o conhecimento dos profissionais para identificar qualitativamente os principais riscos para os pacientes e estimular a criatividade na proposição de intervenções.	Utilizar técnica com objetivos claros, adaptado ao contexto, assim: - Elegir um moderador que irá apresentar a ideia inicial e as regras. - A partir da ideia inicial estimular a tempestade de ideias pelo grupo, respeitando as opiniões. - Consolidar as ideias apresentadas e intervenções.
Ler de volta (Read Back)	Melhorar a comunicação de forma geral, a fim torna-la efetiva.	Conferência de passagem de informação, usada principalmente para passagem de informações por telefone.	Anotar a informação passada, depois ler de volta o que foi anotado e validar informação com o emissor.
IDRAW	Estruturar informações para melhorar a comunicação durante uma transferência de paciente.	Padronização de Comunicação durante uma transferência realizada pessoalmente, verbalmente, por telefone, em formulários ou reuniões.	Padronização de informação: - Identidade de dois identificadores de pacientes e identidade do prestador principal. - Diagnóstico e análise de sistemas clínicos, incluindo problemas atuais. - Recentes mudanças e sinais vitais atualizados. - Antecipação de mudanças nas próximas horas e tarefas que precisam de atenção. - Disponibilizar um momento para perguntas e esclarecimentos.
Reunião rápida de segurança	Pautar tópicos importantes de segurança a serem realizados ao longo do dia ou da semana.	Reuniões de até 15 minutos agendadas regularmente para falar sobre segurança do paciente.	Estabelecer um condutor que apresentará as situações problemas Incentivar a fala de cada membro da equipe. Pactuação das ações priorizadas e encaminhamentos com definição de responsáveis e tempo de execução. Retomada do assunto nas próximas reuniões.
SBAR	Estruturar informações para melhorar a comunicação da equipe.	Padronizar informações através de quatro componentes: S de situação, B de background, A de avaliação R de recomendação.	Definir o meio para aplicação da ferramenta: - S: situação atual? - B: quais são as informações relevantes sobre os antecedentes do paciente, história clínica. - A: avaliação da situação. - R: o que precisa ser feito ou o que se precisa.



Palavra PIS	Comunicar e aumentar priorização de questões de segurança.	Aumentar o nível de preocupação com questões de segurança, sem gerar confronto direto, usando uma palavra ou gesto.	Acordar com a equipe o uso da Palavra PIS. Escolher quais serão as palavras PIS da equipe, que faz sentido para todos, que será utilizada para indicação de uma situação preocupante. Divulgar a palavra PIS acordada que sinalizarão as situações preocupantes em relação à segurança.
Tutor de segurança	Incentivar cultura de segurança do paciente e desenvolvimento de ações de segurança do paciente.	Definir uma pessoa de referência para questões de segurança do paciente.	Proposta e aceite da equipe escolha do tutor (preferencialmente voluntário), treiná-lo e definir as atividades que por ele serão desenvolvidas. O tutor vai orientar e incentivar o restante da equipe para aprimorar processos de trabalho em relação à segurança.
5 momentos para o uso seguro de medicamentos	Incentivar o envolvimento do paciente quanto ao uso de seus medicamentos.	Trata-se de perguntas que o paciente deve fazer ao profissional de saúde sobre seus medicamentos nos cinco momentos: início, durante o uso, quando adiciona algum medicamento ao seu tratamento, quando revisa os medicamentos em uso e quando para o uso de um medicamento.	- Divulgar os cinco momentos por meio de cartazes, folders e/ou comunicação. Estimular o paciente, cuidador e família a questionar sobre seus medicamentos aos profissionais de saúde durante todo o seu itinerário terapêutico.
5 momentos de higienização de mãos	Identificar os momentos para higienização de mãos a fim de reduzir o risco de transmissão de infecções via contato.	Momentos para lembrar de higienizar as mãos antes, durante e após o atendimento ao paciente.	Treinamento e ampla divulgação dos momentos: - Antes de tocar o paciente; - Antes de realizar procedimento limpo ou asséptico; - Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; - Após tocar o paciente; - Após tocar superfícies próximas ao paciente. Disponibilizar a estrutura e materiais necessários para higienização das mãos.
9 certos de administração dos medicamentos	Assegurar o uso seguro de medicamento.	Conjunto de medidas a serem verificadas antes da administração de medicamentos.	Utilizar uma lista de verificação (checklist) com os 9 certos de administração de medicamentos - paciente certo - medicamento certo - via certa - hora certa - dose certa - registro correto da administração do medicamento - orientação correta - forma certa - resposta certa.



Quadro 3. Exemplos do uso de metodologias ativas para implementação da segurança das pessoas na Atenção Primária à Saúde no contexto das Práticas de Segurança na Unidade de Saúde.

PRÁTICAS DE SEGURANÇA	EMPREGO DAS METODOLOGIAS ATIVAS	
BOAS PRÁTICAS E SEGURANÇA EM IMUNIZAÇÃO	<p>Utilizando a palavra PIS</p> <p>Durante a administração de vacinas, os profissionais podem combinar entre si o uso da palavra PIS diante de situações que podem levar ao erro durante a realização do procedimento. Por exemplo, durante uma administração houve contaminação da agulha, que foi percebida pela outra profissional, e utilizou a palavra "PIS" combinada, alertando sua colega de trabalho para interromper o processo de vacinação.</p>	<p>Utilizando a dupla conferência/dupla checagem</p> <p>A Unidade de Saúde pode padronizar a utilização de dois instrumentos diferentes para a administração da vacina, utilizando como primeiro instrumento o prontuário eletrônico e como segundo instrumento a carteira de vacinação.</p>
BOAS PRÁTICAS E SEGURANÇA EM SAÚDE BUCAL	<p>Utilizando o método ensinar de volta</p> <p>Na prescrição medicamentosa, após explicar ao paciente sobre o uso da medicação, o profissional pode solicitar ao paciente que explique da sua forma o que ele entendeu. Trata-se de um método simples que deixa claro ao profissional se o paciente entendeu a forma de uso do</p>	<p>Utilizando a palavra PIS</p> <p>O uso da palavra PIS também pode ser utilizado entre as equipes. Diante de alguma situação, como por exemplo, ausência de EPI pelo profissional, ou ausência de óculos de proteção no paciente antes de iniciar o procedimento, um profissional da equipe pode alertar o outro usando a palavra PIS combinada entre eles para alertar sobre esse procedimento de segurança.</p>



	fármaco.	
BOAS PRÁTICAS E SEGURANÇA EM CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO	<p>Utilizando a reunião rápida de segurança</p> <p>A reunião rápida pode ser utilizada pela equipe para alertar sobre situações encontradas na rotina da CME. Por exemplo, foi verificado um problema da manutenção da autoclave, dificultando o processo de Segurança do Paciente. Neste momento, define-se os responsáveis por providenciar a manutenção do equipamento.</p>	<p>Utilizando a dupla conferência/dupla checagem</p> <p>Essa metodologia pode ser utilizada para verificação dos instrumentais esterilizados, utilizando um check list, com a finalidade de conferir a data de validade da esterilização, se a embalagem encontra-se íntegra, se o material apresenta identificação com lote ou se os registros de monitoramento da autoclave estão corretos. Esse método também pode ser utilizado no controle de estoque para verificação de materiais com prazo de validade expirado.</p>
BOAS PRÁTICAS E SEGURANÇA NA LIMPEZA E HIGIENE DA UNIDADE DE SAÚDE	<p>Utilizando E SE?</p> <p>Durante a elaboração dos protocolos de Limpeza e Higiene da Unidade de Saúde, poderão ser considerados o estabelecimento de barreiras de prevenção, através do uso da metodologia E SE para a identificação, análise e tratamento dos riscos, que podem ocorrer durante a limpeza.</p>	<p>Utilizando a reunião rápida de segurança</p> <p>Na reunião rápida, a equipe poderá informar os problemas identificados na Unidade de Saúde que dificultam o processo de limpeza e higiene. Neste momento, discute-se estratégias para melhorar o processo de trabalho, bem como se for o caso, revisar protocolos e definir responsáveis.</p>



## REFERÊNCIAS

Moinho EAD. Projeto paciente seguro. Repositório de arquivos do projeto paciente seguro. Porto Alegre; 2020 [cited 2020 jun 25]. Available from:

Healthcare Improvement Scotland. Community Engagement. [Internet]. Scotland: Community Engagement; 2020 [cited 2020 jun 25]. Available from: .

Zambon L. Gestão de riscos na saúde: ferramentas e metodologias básicas. [Internet]. São Paulo: Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. 2020 [cited 2020 jun 25]. Available from:

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 jun 25]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.095%2C%20DE%2024,B%C3%A1sicos%20de%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.&text=2%C2%BA%20Os%20Protocolos%20B%C3%A1sicos%20de,Art](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%202.095%2C%20DE%2024,B%C3%A1sicos%20de%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.&text=2%C2%BA%20Os%20Protocolos%20B%C3%A1sicos%20de,Art).

World Health Organization. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions, vol 1,2007 [cited 2020 jun 25]. Available from:

Patient Safety & Quality Council. Culture Change Toolbox. Version 2. Vancouver: BC PATIENT SAFETY & QUALITY COUNCIL, 2017. [cited 2020 jun 25]. Available from:

World Health Organization. 5 Moments for medication safety. [cited 2020 jun 25]. Available from:

Department of Veterans Affairs. 2002. *Veterans Health Administration (VHA) National Patient Safety Improvement Handbook*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.

World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. Chapter 3. The International Classification for Patient Safety. Key Concepts and Preferred Terms [Internet]. Cidade: WHO; 2009

Silva AS, Maciel GA, Wanderley LSL, Wanderley AG. Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:132. doi: 10.26633/RPSP.2017.132. Disponível em: . Acesso em 16/06/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 2017 do Ministério da Saúde, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: MS, 2017.



BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 01: Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <>. Acesso em: 10 Jun. 2020.

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

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 26 jul. 2013, Seção 1, p.36.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025. Brasília: Anvisa, 2021.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. Resolução Sesa nº 37, de 14 de janeiro de 2020, instituir, no âmbito do Estado do Paraná, o Comitê Estadual de Segurança do Paciente do Paraná — CESP/PR. Paraná: Diário Oficial Executivo, 14 jan. 2020, Edição 10.604.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. Resolução Sesa nº 932, de 19 de dezembro de 2018, instituir as Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente. Paraná: Diário Oficial Executivo, 19 dez. 2018, Edição 10.338.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de saúde do idoso. - 1 ed. - Curitiba: SESA, 2017.

MATTER, P. S., FELDHAUS, C., RUTKE, C. B., PETENON, M. K., KOLANKIEWICZ, A. C. B., LORO, M. M. Higienização das Mãos como Medida para Segurança do Paciente na Atenção Básica. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. Caçador, v.8, nº 1, p.28-40, 2019.

RIO DE JANEIRO. Plano de Fortalecimento das Práticas de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde 2019-2022. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MjEyMTE%2C>>. Acesso em: 10 Jun. 2020.

PITTET, D. ; DONALDSON, L. Uma assistência limpa é uma assistência mais segura: o primeiro desafio global da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Infection Control and Hospital Epidemiology. Vol. 26, nº 11. Disponível em: <>. Acesso em: 10 Jun. 2020.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 59, de 17 de dezembro de 2010.





CORRÊA , C. D. Adaptação de um instrumento para avaliação de eventos adversos em Odontologia ambulatorial no Brasil. Rio de Janeiro, 2017.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brailia, DF. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).

STARFIELD ,B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? The Permanente Journal, Portland, v. 15, n. 2, p. 63–69, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140752/>>. Acesso em: 01/09/2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. Educação Permanente em Sala de Vacinação 2019 a 2021.- Curitiba: SESA, 2019.



## ANEXO I – ESCALA DE MORSE, ADAPTAÇÃO DE MORSE FALL SCALE

Escala de Morse. Adaptação de Morse Fall Scale		PONTOS
<b>1- Historia de quedas nos últimos três meses</b>		
Nao	Se o cliente não tem história de quedas nos últimos três meses	0
Sim	Se o cliente caiu durante o período de internação hospitalar ou se tem um histórico recente de quedas por causas fisiológicas	25
<b>2- Diagnóstico Secundário</b>		
Nao	Se o prontuário do cliente apresentar apenas um diagnóstico médico	0
Sim	Se o prontuário do cliente apresentar mais de um diagnóstico médico	15
<b>3- Auxílio na mobilidade</b>		
Nenhum/Acamado/Repouso leito	Se o cliente deambula sem nenhum equipamento auxiliar ou se não sai da cama.	0
Bengala/Muleta	Se o cliente utiliza bengala, muleta ou andador	15
Mobiliário ou parede	Se o cliente se movimenta utilizando mobiliários ou paredes	30
<b>4- Terapia Endovenosa</b>		
Nao	Se o cliente não está em terapia endovenosa ou utiliza dispositivos endovenos salinizados ou heparinizados. Quando o cliente utiliza dispositivo totalmente implantado considera-se zero, quando não estiver em uso.	0
Sim	Se o indivíduo utiliza dispositivos endovenosos com ou sem soluções endovenosas em infusão contínua ou não	20
<b>5- Marcha</b>		
Normal/Acamado/Cadeira de rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação o cliente que está acamado ou utiliza cadeira de rodas (sem deambulação).	0
Lenta/Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca/lenta embora o cliente incline-se para frente enquanto caminha é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário para apoio esse apoio se dá de forma leve somente para se sentir seguro e não para se manter ereto.	10
Alterada/Cambaleante	O cliente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldades de levantar-se da cadeira, necessidade de apoiar-se nos braços da cadeira para levantar-se ou impulsionar o corpo. Cabeça abaixada e ele olha para o chão, devido a falta de equilíbrio, o cliente agarra-se ao mobiliário, ou a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio a marcha. Quando um membro da equipe auxilia esse cliente a caminhar percebe que o cliente relamente se apoia nele ou que quando utiliza um mobiliário ou corrimão para se apoiar o faz com muita força até que seus dedos da mão fiquem brancos.	20
<b>6- Estado Mental</b>		
Orientado	Quando o cliente é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço	0
Desorientado/Confuso	Quando o cliente não é capaz de responder as perguntas de orientação no tempo e espaço ou não responde.	15
<b>Classificação do Risco</b>	<b>É o resultado da soma dos pontos dos itens (uma única opção dos itens) 0-24 Baixo Risco; 25-44 Risco Moderado; ≥ 45 Risco Elevado</b>	