

---

## Segurança do Paciente na assistência à saúde

---

Reila Silva Pereira Aires<sup>1</sup>, Ednólia Gomes Varjão  
Fernandes<sup>2</sup>, Michelly de Melo Alves<sup>3</sup> Mabel  
Duarte Alves Gomides<sup>4</sup>, Amanda Oliveira Soares  
Monteiro Silveira<sup>5</sup> Geraldo Sadoyama<sup>6</sup>

### Resumo

---

O *Institute of Medicine* (IOM) publicou o relatório “Errar é Humano” (*To Err is Human: Building a Safer Health System*) que estimou que 44.000 a 98.000 americanos morrem anualmente devido a erros no cuidado à saúde, sendo 7.000 destes relacionados a erros com medicação. Esse elevado número despertou a questão da segurança do paciente. O conceito de Segurança do Paciente diz respeito a como o uso de melhores práticas podem reduzir os atos inseguros no processo de assistência à saúde. O paciente grave está mais suscetível ao erro e devido a tantos equipamentos e tecnologias diagnósticas e terapêuticas na UTI e do maior número de profissionais que estão envolvidos na assistência ao mesmo. A Portaria GM/MS nº 1.377 (de 9 de julho de 2013) e a Portaria nº 2.095 (de 24 de setembro de 2013) aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente: (a) identificação do paciente; (b) prevenção de úlceras por pressão; (c) prevenção de quedas; (d) higienizações das mãos; (e) cirurgia segura; (f) uso e segurança na administração de medicamentos. O processo da prescrição médica deve estar padronizado e escrito (procedimento operacional padrão), atualizado e divulgado, além de os medicamentos serem dispensados apenas após serem revisados pelo farmacêutico. Caso haja algum erro de prescrição, este deve ser notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente.

**Palavras Chave:** segurança do paciente<sup>1</sup>; indicadores de saúde<sup>2</sup>; erros na prescrição médica<sup>3</sup>.

---

1 Mestranda em Gestão Organizacional UFG/RC. Médica. Especialidades em Clínica Médica e Medicina Intensiva. reilasp@gmail.com

2 Aluna especial do Mestrado Profissional em Gestão Organizacional UFG/RC. Enfermagem do Trabalho pela São Camilo. Docência do Ensino Superior pela Faculdade Senac-Ead. ednoliavarjao@yahoo.com.br

3 Mestranda em Gestão Organizacional UFG/RC. Enfermeira. Professora do Curso de Enfermagem UFG/RC. michellymelo@hotmail.com

4 Mestre em Gestão Organizacional UFG/RC. Médica Dermatologista. mabel@dermaclinicagoias.com.br

5 Mestranda em Gestão Organizacional UFG/RC. Médica Endocrinologista. amanda.osm@bol.com.br

6 Professor do Mestrado Profissional em Gestão Organizacional UFG/RC. sadoyama@ufg.br

## 1. Introdução

O estudo *Adverse Drug Events Prevention* evidenciou que 6,5% dos pacientes hospitalizados nos Estados Unidos apresentaram eventos adversos por medicamento, sendo que 28% eram passíveis de prevenção (LEAPE et. al., 1995). Além de aumento de mortalidade, aumenta-se o custo médio de hospitalização em US\$ 4.700,00 (Carvalho KEFL, Cassiani SHB, 2012).

Em 1999, o *Institute of Medicine* (IOM) publicou o relatório “Errar é Humano” (*To Err is Human: Building a Safer Health System*) que estimou que 44.000 a 98.000 americanos morrem anualmente devido a erros no cuidado à saúde, sendo 7.000 destes relacionados a erros com medicação (KHON, CORRIGAN, DONALDSON, 2000). Segundo Wachter (2010) esse elevado número despertou a questão da segurança do paciente (Carvalho KEFL, Cassiani SHB, 2012).

O conceito de Segurança do Paciente diz respeito a como o uso de melhores práticas podem reduzir os atos inseguros no processo de assistência à saúde (ZAMBON, DAUDGALLOTTI E NOVAES, 2010). A Segurança do Paciente refere à redução do risco do dano desnecessário à assistência à saúde. Os danos podem ser de vários tipos, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, incapacidade e morte (Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2011).

Para assegurar a segurança na assistência à saúde as organizações como *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), o *Institute of Medicine* (IOM) e *Institute of Safe Medical Practices* (ISMP) asseguram modelos para a prevenção de erros (Carvalho KEFL, Cassiani SHB, 2012).

O paciente grave está mais suscetível ao erro e devido a tantos equipamentos e tecnologias diagnósticas e terapêuticas na UTI e do maior número de profissionais que estão envolvidos na assistência ao mesmo (Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C, 2013).

Na UTI os pacientes são mais suscetíveis a eventos adversos e infecções hospitalares, conforme pesquisa realizada na Faculdade de Medicina da Universidade de Havard (Boston) em que mais de 20% (vinte por cento) dos pacientes de UTI sofreu um evento adverso (Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C, 2013).

Por isso é tão importante que a equipe da Unidade de Terapia Intensiva, num ambiente assistencial com muitos riscos, deve ser treinada adequadamente no sentido de cada um estar ciente de suas responsabilidades. Para tanto é necessário avaliar a cultura de segurança, neste setor, em relação à assistência ao paciente.

Deve-se estimular a criação de indicadores para monitorar as ações desenvolvidas no setor, principalmente, na UTI. Indicador de qualidade pode ser definido como uma medida quantitativa sobre aspectos do cuidado ao paciente (Gouvêa CSD, 2010).

O uso adequado de antimicrobianos interfere diretamente no desfecho do tratamento. Um estudo brasileiro identificou uma frequência elevada de inadequação em relação aos antimicrobianos: 5,2% pelo diagnóstico clínico incorreto e 43,7% pela falta de ajuste da dose pela função renal (CARNEIRO et. al, 2011).

## 2. Desenvolvimento

### 2.1. Segurança do Paciente

Os danos aos pacientes durante o cuidado à saúde resultam em elevada morbidade e mortalidade e, dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passa a lançar estratégias destinadas à redução dos riscos nessa assistência ao paciente. No Brasil, a Portaria GM/MS nº 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no sentido de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde no território nacional (Carvalho KEFL, Cassiani SHB, 2012).

Mensurar o clima de segurança de uma instituição significa ter o conhecimento a respeito de sua cultura de segurança (Carvalho KEFL, Cassiani SHB, 2012). O erro contribui para o aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. E, por isso, pesquisas nesse sentido são necessárias para diminuir o erro (Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C, 2013).

Estudos sobre cultura de segurança enfatizam que os fatores que influenciam no clima de segurança são principalmente falhas na estrutura organizacional, como falha de comunicação entre os membros da equipe, satisfação profissional e falta de treinamento dos profissionais (Carvalho KEFL, Cassiani SHB, 2012).

Para mensurar o clima de segurança em hospitais existem algumas escalas e questionários validados. Estes instrumentos avaliam a percepção dos profissionais em relação ao clima de trabalho em equipe, satisfação profissional, condições de trabalho e fatores estressantes (Carvalho KEFL, Cassiani SHB, 2012).

O uso de questionários para avaliar a cultura de segurança da equipe possibilita verificar onde algo está errado e a partir disso corrigir os erros, o que melhora a assistência ao paciente. Para tanto dois questionários foram validados e estão disponíveis para uso livre no Brasil: (a) Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) (AHRQ – Sorra e Nieva, 2004) (4); (b) Safety Attitude Questionnaire (SAQ) (Carvalho KEFL, Cassiani SHB, 2012).

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – *Sort Form* 2006 é um desses instrumentos. Foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Texas (Eric Thomas, John B. Sexton e Robert L. Helmreich) a partir das escalas *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaires* e o *Flight Management Attitudes Questionnaires* (Carvalho KEFL, Cassiani SHB, 2012).

O SAQ apresenta duas partes, em que a primeira contém 41 itens subdivididos em seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gerência da unidade e do hospital, clima de segurança, condições de trabalho e percepção do estresse. A segunda parte contém dados sociodemográficos dos profissionais: sexo, categoria profissional, tempo e unidade de atuação (Carvalho KEFL, Cassiani SHB, 2012).

### 2.2 Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde objetivam detectar a qualidade do cuidado à saúde do paciente. O uso desses indicadores permite o monitoramento, planejamento e a implementação de melhorias na assistência do ao paciente. O monitoramento permite aos profissionais responsáveis pelos atendimentos captar informações as quais permitem melhor direcionamento das ações. Sua utilidade depende da sua validade, confiabilidade e viabilidade. Permitem avaliar o alcance das metas de qualidade e segurança do

paciente, além de comparar desempenhos e identificar oportunidades (Gouvêa CSD, Travassos C).

A normativa RDC/Anvisa nº 36/2013 regulamenta ações para a segurança do paciente como Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da Notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente. A Portaria GM/MS nº 1.377 (de 9 de julho de 2013) e a Portaria nº 2.095 (de 24 de setembro de 2013) aprovam os protocolos básicos de segurança do paciente: (a) identificação do paciente; (b) prevenção de úlceras por pressão; (c) prevenção de quedas; (d) higienizações das mãos; (e) cirurgia segura; (f) uso e segurança na administração de medicamentos (Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C, 2013).

Para se evitar o erro humano estabelecer a rotina de check list, diretrizes clínicas, protocolos e orientações são ferramentas para uma melhor comunicação e assim evitar erros humanos (Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C, 2013).

### **2.3 Erros na prescrição médica**

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos precisa ser utilizado em todos os estabelecimentos que prestam assistência à saúde e em todos os níveis de complexidade (Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C, 2013).

Os erros de medicação são muitos frequentes e contribuem para a redução da segurança do paciente, mas é imprescindível identificá-los visando a sua prevenção (Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C, 2013).

American Society of Health System Pharmacists (ASHP, 1993) classifica os erros de medicamentos de acordo com os itens abaixo:

- Erros de prescrição: escolha incorreta do medicamento; dose, velocidade de infusão e prescrição ilegível;
- Erros de omissão: não administração da dose prescrita;
- Erros de horário: administração de medicamento fora do intervalo de tempo na prescrição;
- Erros de administração de uma medicação não autorizada: administração de uma medicação não autorizada pelo médico;
- Erros de dose: administração de uma dose diferente daquela prescrita;
- Erros de apresentação: administração de uma apresentação diferente daquela prescrita;
- Erros de preparo: medicamento incorretamente manipulado;
- Erros de técnica de administração: uso de técnicas inadequadas na administração da medicação;
- Erros com medicamentos deteriorados: administração de medicamentos vencidos ou quando a integridade física ou química está afetada;
- Erros de monitoramento: falha em rever esquema prescrito (falhas em usar dados clínicos ou laboratoriais para avaliar a resposta do paciente ao medicamento prescrito);
- Erros em razão da aderência do paciente: comportamento inadequado do paciente quanto à terapia medicamentosa;

- Outros erros: quaisquer que não referidos acima.

O processo da prescrição deve estar padronizado e escrito (procedimento operacional padrão), atualizado e divulgado, além de os medicamentos serem dispensados apenas após serem revisados pelo farmacêutico. Caso haja algum erro de prescrição, este deve ser notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente (Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C, 2013).

São nove passos, referidos como certos, para a administração de medicamento: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. (Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C, 2013).

**Tabela 1 – Indicador / Monitoramento e indicadores para prescrição segura de medicamentos – PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.** Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG. Ministério da Saúde, 2013.

<b>Nome do indicador</b>	Taxa de erros na prescrição de medicamentos
<b>Objetivo do indicador</b>	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de prescrição
<b>Fórmula do indicador</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos prescritos com erro} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}}$
<b>Periodicidade mínima de verificação</b>	Mensal
<b>Explicação da fórmula</b>	<p><b>Nº de medicamentos prescritos com erro:</b> são os medicamentos prescritos faltando dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão, e abreviaturas contraindicadas.</p> <p><b>Nº total de medicamentos prescritos:</b> são todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo.</p>
<b>Fonte de informação</b>	Prescrição (eletrônica, pré-digitada ou manual), protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
<b>Coleta de dados</b>	Elaborar planilha para registro do número total de erros de prescrição e o número de medicamentos prescritos, utilizando a classificação de erros de prescrição. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.
<b>Observações</b>	Em farmácias com sistemas informatizados, estes poderão ser preparados para emitir relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador.
<b>Responsável</b>	Farmacêutico

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de Segurança do Paciente tem adquirido uma importância crescente no mundo. Por isso estratégias estão sendo implementadas por vários órgãos e instituições que regulamentam medidas para as melhorias do cuidado à saúde. Nesse tocante que se tem a mudança organizacional como imprescindível para a mudança da cultura da organização visando melhorias.

Além do mais, novas pesquisas necessitam ser desenvolvidas para se conhecer o clima de segurança do paciente nas instituições hospitalares, propor novas estratégias, e, assim, buscando melhorar a qualidade no cuidado em saúde.

O acesso a informações sobre os medicamentos e o treinamento dos profissionais reduzem a probabilidade de falhas. E para tanto, estratégias são necessárias, tais como a padronização e o acompanhamento dos profissionais em todas as etapas do processo, recursos de tecnologia da informação e educação continuada.

---

## **Patient Safety in health care**

### **Abstract**

*The Institute of Medicine (IOM) published the report "To Err is Human" (To Err is Human: Building a Safer Health System) which estimated that 44,000 to 98,000 Americans die each year due to errors in health care, with 7,000 of these related errors with medication. This high number raised the issue of patient safety. The concept Patient Safety concerns how the use of best practices can reduce unsafe acts in the health care process. The critically ill patient is more susceptible to error and due to so many equipment and diagnostic and therapeutic technologies in the ICU and the largest number of professionals who are involved in the same tour. Ordinance GM / MS No. 1377 (July 9, 2013) and Ordinance No. 2095 (September 24, 2013) approve the basic protocols of patient safety: (a) identification of the patient; (B) prevention of pressure ulcers; (C) preventing falls; (D) handwashing; (E) safe surgery; (F) use and safety in medication administration. The prescription process should be standardized and written (standard operating procedure), updated and published, and the drugs are dispensed only after being reviewed by the pharmacist. If any prescription error, this should be reported to the Patient Safety Center.*

**Keywords:** *patient safety*<sup>1</sup>; *health indicators*<sup>2</sup>; *errors in prescription*<sup>3</sup>.

### **Referências**

1. Mendes W, Pavão ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. Rev Assoc Med Bras, 2013.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Segurança do Paciente**. 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>. Acesso disponível em 22/08/2016 às 13:00.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE E ANVISA EM PARCERIA COM FIOCRUZ E FHEMIG. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e administração de medicamentos.

09/07/2013.

Disponível

em:

[www.20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos). Acesso em 05/09/2016.

4. Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. CAD Saúde Pública. 2010; 26 (6): 1061 – 1078.

5. Carvalho KEFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form for Brazil. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2012; 20(3):575-82.

6. Cohen MR. Medication errors. Washington, AmPharm Assoc. 2006; 680 p.

7. Boletim Informativo Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde [Internet]. [Brasília (DF)]: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Vol. 1, nº. 1 jan-jul, 2011 [acessado 13 de junho de 2016]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>