

Aula 00 - Prof. Lígia

*Prefeitura de Mangaratiba-RJ (Técnico
de Enfermagem) Conhecimentos
Específicos - 2024 (Pós-Edital)*

Autor:

**Breno da Silva Caldas Júnior,
Guilherme Gasparini, Lígia
Carvalho Fernandes, Thaysa**

Vianna

29 10:59:22 de Agosto de 2024

SUMÁRIO

LEGISLAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE.....	1
RDC 63/11 - TRECHO.....	2
RDC 36/13.....	3
PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	11
SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	64
QUESTÕES COMENTADAS PELO PROFESSOR.....	79
GABARITO.....	103
LISTA DE QUESTÕES.....	104



LEGISLAÇÃO EM SEGURANÇA DO PACIENTE

O foco da aula será a RDC 36 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Posteriormente, em aula à parte, veremos os 6 protocolos de Segurança individualmente.

RDC 63/11 - TRECHO

Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde

[Definição]

XI - segurança do paciente: conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde.

Art. 8º O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como:

- I. Mecanismos de identificação do paciente;
- II. Orientações para a higienização das mãos;
- III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionada à assistência à saúde;
- IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão;
- VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Art. 36. O serviço de saúde deve manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.



INÉDITA - A RDC 63/11 dispõe sobre requisitos para Boas Práticas de Funcionamento para Serviços de Saúde e sugere estratégias e ações voltadas à Segurança do Paciente, exceto:

- A Mecanismos para garantir segurança cirúrgica;
- B Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes;
- C Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes;
- D Mecanismos para a prevenção de queimaduras
- E Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Comentários



O único item que traz incorreção é quanto aos mecanismos para a prevenção de queimaduras, visto que seria quanto a prevenção de ÚLCERA / LESÃO por pressão, que é uma ferida localizada na pele ou tecidos subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, secundárias a um aumento de pressão externa, ou pressão em combinação com cisalhamento.

Alternativa: D

RDC 36/13

RDC 36/13: Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Art. 1º Esta Resolução tem por **OBJETIVO** instituir ações para:

- promoção da segurança do paciente e
- melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Art. 2º Esta Resolução se **APLICA** aos **serviços de saúde**, sejam eles:



- públicos,
- privados,
- filantrópicos,
- civis ou militares,
- incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Mas, temos **exceções!** ⚠

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.



INÉDITA - Em quais serviços de saúde, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) que é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde deve ser estruturado?

- A filantrópicos, civis ou militares, excluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa
- B públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa
- C públicos, filantrópicos, civis, excluindo os privados, militares e aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa



D públicos, privados, militares, excluindo os filantrópicos e os civis, bem como os que exercem ações de ensino e pesquisa

Comentários

A abrangência inclui: públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa

Mas, excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

Alternativa: B

Questão de Fixação

Qual o objetivo da RDC 36/2013?

Ela institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde com vistas à promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

E lá vamos para as **DEFINIÇÕES**:

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

<i>I - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde:</i>	componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados; <i>Isso é regulamentado pela RDC 63!</i>
<i>II - cultura da segurança:</i>	conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;
<i>III - dano:</i>	comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;



<i>IV - evento adverso:</i>	incidente que resulta em dano à saúde;
<i>V - garantia da qualidade:</i>	totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;
<i>VI - gestão de risco:</i>	aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;
<i>VII - incidente:</i>	evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;
<i>VIII - núcleo de segurança do paciente (NSP):</i>	instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;
<i>IX - plano de segurança do paciente em serviços de saúde</i>	documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;
<i>X - segurança do paciente:</i>	redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;
<i>XI - serviço de saúde:</i>	estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o



	seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;
<i>XII - tecnologias em saúde:</i>	conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

Além desses, grave o significado de "circunstância notificável" que é um evento que ocorre durante a assistência à saúde, independentemente de causar dano ao paciente.



INÉDITA - Um paciente foi deixado numa cama com grades abaixadas e caiu ao se virar no leito, fraturando o úmero. Qual é a classificação deste incidente sob o olhar do tema "Segurança do Paciente"?

- A quase-falha
- B incidente sem dano.
- C evento adverso.
- D near miss.
- E fato irreversível

Comentários

A melhor resposta frente à situação QUE LESIONOU o paciente é "EVENTO ADVERSO" que é o incidente que resulta em dano à saúde. Como houve o dano, não poderia ser classificado como "incidente sem dano". O termo "quase-falha" ou "near miss" são sinônimos e representa algo que não chegou a atingir o paciente. Já o termo "fato irreversível" não é um termo do tema "Segurança do Paciente".

Alternativa: C.

Questão inédita

Defina o termo "segurança do paciente"

Trata-se da "redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde".



Questão inédita

O que é o Plano de Segurança do Paciente em serviços de Saúde?

É o documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Agora veremos a criação do Núcleo de Segurança do Paciente:



Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

§ 2º No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

Art. 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

<i>I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;</i>	<i>II - um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.</i>
--	---

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes PRINCÍPIOS E DIRETRIZES:

- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Questão de Fixação

Explique a Constituição do Núcleo de Segurança do Paciente

A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.



No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

Art.7º Compete ao NSP:



- I - promover ações para a **gestão de risco** no serviço de saúde;
- II - desenvolver ações para a **integração e a articulação multiprofissional** no serviço de saúde;
- III - promover mecanismos para **identificar e avaliar a existência de não conformidades** nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o **Plano de Segurança do Paciente** em Serviços de Saúde;
- V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VI - implantar os **Protocolos de Segurança do Paciente** e realizar o monitoramento dos seus indicadores; *[trataremos dele, na sequência]*
- VII - estabelecer **barreiras para a prevenção de incidentes** nos serviços de saúde;
- VIII - desenvolver, implantar e acompanhar **programas de capacitação** em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- IX - analisar e avaliar os **dados sobre incidentes e eventos adversos** decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X - **compartilhar e divulgar** à direção e aos profissionais do serviço de saúde os **resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos** decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI - **notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária** os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII- manter sob sua **guarda e disponibilizar** à autoridade sanitária, quando requisitado, as **notificações de eventos adversos**;
- XIII - acompanhar os **alertas sanitários e outras comunicações** de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.



INÉDITA - A respeito do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), assinale a alternativa **INCORRETA**.

A A direção do serviço de saúde deve disponibilizar um profissional responsável pelo NSP.



B O NPS deve ser constituído pela direção do serviço de saúde que, inclusive, determina sua composição

C Obrigatoriamente, nos serviços públicos ambulatoriais, deverá haver um NSP para cada tipo de especialidade.

D É a direção do serviço de saúde que disponibiliza recursos humanos para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP.

E É legal que a direção do serviço de saúde use a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

Comentários

A Certa. Art. 5º

B Certa. Art. 4º

C **Errada.** Não é tão taxativo: § 2º No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

D Certa. Art. 5º

E Certa. Art. 4º § 1º

Alternativa: C.

Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

<i>I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;</i>	<i>II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;</i>	<i>III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde</i>	<i>IV - identificação do paciente;</i>
<i>V - higiene das mãos;</i>	<i>VI - segurança cirúrgica;</i>	<i>VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;</i>	<i>VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;</i>



<i>IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;</i>	<i>X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;</i>	<i>XI - prevenção de quedas dos pacientes;</i>	<i>XII - prevenção de úlceras por pressão; [sabemos que o termo correto atual é LESÃO POR PRESSÃO]</i>
<i>XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;</i>	<i>XIV- segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;</i>	<i>XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;</i>	<i>XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.</i>
<i>XVII - promoção do ambiente seguro</i>			



INÉDITA - São finalidade das atividades do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), exceto:

- A - implementação de protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal da Saúde
- B - identificação do paciente;
- C- higiene das mãos;
- D - segurança cirúrgica;
- E - segurança no uso de equipamentos e materiais;

Comentários

Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; [e não Secretaria Municipal da Saúde]



- IV - identificação do paciente;
- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII - promoção do ambiente seguro

Alternativa: A.

Art. 9º O **MONITORAMENTO** dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo **Núcleo de Segurança do Paciente - NSP**.



ACORDE!

Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o **15º dia útil** do mês subsequente ao mês de vigiância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

★ **Parágrafo único** - Os eventos adversos que evoluírem para **óbito** devem ser notificados em até **72 horas** a partir do ocorrido.

Art. 11 Compete à **ANVISA**, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: *[em geral, haverá confusão das atribuições da ANVISA com as do NPS!]*

<i>I - monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;</i>	<i>II - divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das</i>	<i>III - acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações</i>
---	---	---



	<i>notificações realizadas pelos serviços de saúde;</i>	<i>sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.</i>
--	---	--

PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da **Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013**, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente neste País depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, condição básica para que estes estabelecimentos possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância (núcleo) responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas.



A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura.

Conheça os atributos da qualidade, associados ao tema de Segurança do Paciente:

SEGURANÇA	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivos ajudá-los.
EFETIVIDADE	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que deles possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão.
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, ideais e energia.
EQUIDADE	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Os protocolos básicos de segurança do paciente são instrumentos para a implantação das ações em 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 e veremos em momento oportuno.

Portaria GM/MS nº 1.377/2013 Art. 1º Ficam aprovados, na forma do Anexo a esta Portaria, os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Parágrafo único. Os Protocolos de Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos e Úlcera por Pressão, objeto desta Portaria, que visa instituir as ações para segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional e deve ser utilizado em todas as unidades de saúde do Brasil.	Portaria nº 2.095/2013 Art. 1º Ficam aprovados, na forma do Anexo a esta Portaria, os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Parágrafo único. O Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos, objetos desta Portaria, visam instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional. Devem ser utilizados em todas as unidades de saúde do Brasil, podendo ser ajustados a cada realidade.
---	---

FIXAÇÃO:

Cite quais são os atributos da qualidade associados ao tema de Segurança do Paciente.

São eles: segurança, efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade. Seus significados são:

SEGURANÇA	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivos ajudá-los.
EFETIVIDADE	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que deles possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente



	não se beneficiarão.
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, ideais e energia.
EQUIDADE	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

E começa assim:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Art. 2º O PNSP tem por **OBJETIVO GERAL** contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Art. 3º Constituem-se **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** do PNSP:

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da:

<i>GESTÃO DE RISCO</i>	<i>NPS</i>
------------------------	------------

nos estabelecimentos de saúde;



II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Art. 4º Para fins desta Portaria, são adotadas as seguintes definições:



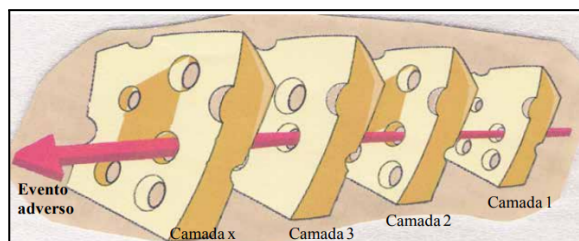
ATENÇÃO: Já vimos as definições na RDC 36/13, por isso, estou suprimindo o trecho igual, no entanto, o que é trazido a mais, é o seguinte:

NEAR MISS: Incidente que não atingiu o paciente.

Pensando em falhas, conheça o chamado “modelo do queijo suíço” que mostra uma abordagem sistêmica para gerenciar o erro ou a falha. O modelo mostra que quando não há camadas de queijo (barreiras), os buracos se comunicam. O vetor, mostrado na figura, representa que o risco não encontrou barreiras e atingiu o paciente.



INDO MAIS FUNDO!



As barreiras que impedem que o risco atinja o paciente podem ser: profissionais atualizados; uso de protocolos clínicos; uso de check list cirúrgico; protocolos de higiene das mãos; dose unitária de medicamentos etc. Parte-se do pressuposto de que é impossível eliminar falhas humanas e técnicas. Errar é humano, mas há mecanismos para evitar o erro e mitigar os eventos adversos.

Obs: Multifatores como aumento da demanda devido à garantia de acesso ao serviço de saúde, aumento do absenteísmo, pressão no atendimento ao usuário e sentimento de culpa diante do erro tendem a AUMENTAR os indicadores de eventos adversos na atenção primária à saúde.

Nisso, temos o detalhamento do conceito de **Segurança**:

Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;

b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;



<i>c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação* e a resolução dos problemas relacionados à segurança;</i>	<i>d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e</i>
<i>e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança; e</i>	

Sobre a notificação, considera-se que são necessárias as seguintes características:

1. não punitivo;
2. confidencial;
3. independente – os dados analisados por organizações;
4. resposta oportuna para os usuários do sistema;
5. orientado para soluções dos problemas notificados;
6. as organizações participantes devem ser responsivas às mudanças sugeridas.



INÉDITA - Acerca do termo “cultura de segurança”, sob a ótica do tema de “Segurança do Paciente”, tem-se que:

A Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.

B Cultura pune a ocorrência de falhas

C Cultura que prioriza metas financeiras e operacionais, acima da segurança.

D Cultura que não adere às melhorias mais seguras

E Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, despreza o aprendizado organizacional.

Comentários

A Certa. Veja que não é responsabilidade só de um membro, mas do coletivo.

B Errada. Cultura que encoraja e recompensa a unidade que não possui nenhuma notificação de falhas.

C Errada. Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.

D Errada. As organizações participantes devem ser responsivas às mudanças sugeridas.

E Errada. Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.

Alternativa: A.



No atual ambiente organizacional da maioria dos hospitais, pelo menos *seis grandes mudanças* são requeridas para iniciar a jornada com vistas a uma cultura da segurança:

1. É necessário mudar a busca de erros como falhas individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema.
2. É necessário mudar de um ambiente punitivo para uma cultura justa
3. Mudar do sigilo para a transparência.
4. O cuidado deve deixar de ser centrado no médico para ser centrado no paciente.
5. Mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe profissional interdependente, colaborativo e interprofissional.
6. A prestação de contas é universal e recíproca, e não do topo para a base.

Art. 5º Constituem-se **ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO** do PNSP:



I - elaboração e apoio à **implementação de protocolos, guias e manuais** de segurança do paciente;

II - promoção de processos de **capacitação de gerentes, profissionais e equipes** de saúde em segurança do paciente;

III - inclusão, nos processos de **contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade** relativos à segurança do paciente;

IV - implementação de campanha de **comunicação social sobre segurança do paciente**, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;

V - implementação de **sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes** na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;

VI - promoção da **cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional**, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; e

VII - **articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.**

Art. 6º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, **Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP)**, instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Art. 7º Compete ao **CIPNSP**:



I - propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como:

[este trecho inicial é coerente com o que vimos no Art. 8 da RDC 36/13 que fala de itens de estratégia de ações e gestão de riscos que devem ser contemplados pelo Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP)]

- a) infecções relacionadas à assistência à saúde;
- b) procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia;
- c) prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados;
- d) processos de identificação de pacientes;
- e) comunicação no ambiente dos serviços de saúde;
- f) prevenção de quedas;
- g) úlceras por pressão;
- h) transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e
- i) uso seguro de equipamentos e materiais;

II - aprovar o Documento de Referência do PNSP;

III - incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente;

IV - propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente;

V - analisar 👉 quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria;

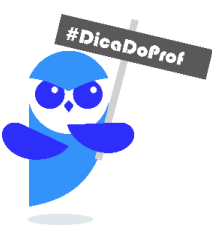
VI - recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente;

VII - avaliar periodicamente o desempenho do PNSP; e

VIII elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 8º O CIPNSP é composto por representantes, titular e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades:

I - do Ministério da Saúde:



- a) um da Secretaria-Executiva (SE/MS);
- b) um da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);
- c) um da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS);
- d) um da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e
- e) um da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS);



- II - um da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
- III - um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- IV - um da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- V - um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- VI - um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- VII - um do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- VIII - um do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);
- IX - um do Conselho Federal de Odontologia (CFO);
- X - um do Conselho Federal de Farmácia (CFF);
- XI - um da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); e
- XII - três de Instituições Superiores de Ensino e Pesquisa com notório saber no tema Segurança do Paciente.

§ 1º A coordenação do CIPNSP será realizada pela ANVISA, que fornecerá em conjunto com a SAS/MS e a FIOCRUZ os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento.

§ 2º A participação das entidades de que tratam os incisos V a XII do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do CIPNSP, com indicação dos seus respectivos representantes.

[...]

§ 4º O CIPNSP **poderá** convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às suas atividades, quando entender necessário para o cumprimento dos objetivos previstos nesta Portaria.

§ 5º O CIPNSP poderá instituir grupos de trabalho para a execução de atividades específicas que entender necessárias para o cumprimento do disposto nesta Portaria.



INSTITUTO AOCP / SES-PE / 2018 - Faz parte da composição do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), **EXCETO**:

- A Conselho Federal de Medicina
- B Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- C Conselho Federal de Enfermagem
- D Ministério da Saúde
- E Usuários de baixa renda

Comentários



A composição é a seguinte:

- I - do Ministério da Saúde (MS);
- II - um da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
- III - um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- IV - um da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);
- V - um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- VI - um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- VII - um do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- VIII - um do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);
- IX - um do Conselho Federal de Odontologia (CFO);
- X - um do Conselho Federal de Farmácia (CFF);
- XI - um da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); e
- XII - três de Instituições Superiores de Ensino e Pesquisa com notório saber no tema Segurança do Paciente.

Alternativa: E.

Questão de Fixação

Sobre as competências do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente quanto à proposição e validação de protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tem-se quais temas?

Os temas são:

- a) infecções relacionadas à assistência à saúde;*
- b) procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia;*
- c) prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados;*
- d) processos de identificação de pacientes;*
- e) comunicação no ambiente dos serviços de saúde;*
- f) prevenção de quedas;*
- g) úlceras por pressão;*
- h) transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e*
- i) uso seguro de equipamentos e materiais;*

Art. 9º As funções dos membros do CIPNSP 🚫 NÃO serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público.



Art. 10. O Ministério da Saúde instituirá incentivos financeiros para a execução de ações e atividades no âmbito do PNSP, conforme normatização específica, mediante prévia pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Por fim, MEMORIZE:



EXEMPLIFICANDO

Metas internacionais de segurança do paciente foram estabelecidas pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS).
São elas:

<i>1 - Identificar o paciente corretamente;</i>	<i>2 - Melhorar a eficácia da comunicação;</i>	<i>3 - Melhorar a segurança dos medicamentos de alta - vigilância;</i>
<i>4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;</i>	<i>5 - Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde;</i>	<i>6 - Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.</i>



HORA DE PRATICAR!

INÉDITA - Os protocolos básicos de segurança do paciente são aprovados pela Portaria GM/MS nº 1.377/2013, e Portaria nº 2.095/2013, EXCETO:

- A Prevenção de úlceras por pressão.
- B Prática de desinfecção de superfícies
- C Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.
- D Uso seguro de equipamentos e materiais.
- E Cirurgia segura.

Comentários

Dentre os protocolos existentes, tem-se:

- *Cirurgia Segura;
- *Identificação do Paciente;
- *Prevenção de Úlcera por Pressão;
- *Higiene das Mãos em Serviços de Saúde;



- *Prevenção de Quedas;
- *Segurança na Prescrição uso e Administração de Medicamentos.

Alternativa: B

Principais metas!

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS - resumo!

1. Finalidade

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente

[*como?*] por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais.

2. Abrangência

As recomendações deste protocolo aplicam-se aos **HOSPITAIS** e incluem todos os pacientes que recebem cuidado nestes estabelecimentos, abrangendo o período total de permanência do paciente.

3. Justificativa [*principais pontos*]

Fatores que aumentam o risco de queda:

DO PACIENTE	AMBIENTAIS
→ idade avançada (principalmente > 85a),	→ pisos desnivelados,
→ história recente de queda,	→ objetos largados no chão,
→ redução da mobilidade,	→ altura inadequada da cadeira,
→ incontinência urinária,	→ insuficiência e
→ uso de medicamentos e	→ inadequação dos recursos humanos.
→ hipotensão postural.	

Consequências:

- aumento do tempo de permanência hospitalar
- aumento dos custos assistenciais
- ansiedade na equipe de saúde,
- repercussões negativas na credibilidade da instituição,
- repercussões de ordem legal .

As INTERVENÇÕES com multicomponentes [*e não isoladas*]: tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas.



- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira,
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,
- Educação dos pacientes e dos profissionais,
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

4. Definição

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

5. Intervenções

Avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente.

ATENÇÃO: Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

Fatores GERAIS de risco para queda

- Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.
- Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.
- Condições de saúde e presença de doenças crônicas:
 - acidente vascular cerebral prévio;
 - hipotensão postural;
 - tontura;
 - convulsão;
 - síncope;
 - dor intensa;
 - baixo índice de massa corpórea;
 - anemia;
 - insônia;
 - incontinência ou urgência miccional;



- incontinência ou urgência para evacuação;
- artrite; osteoporose;
- alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).

d) Funcionalidade:

- dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária,
- necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
- fraqueza muscular e articulares;
- amputação de membros inferiores; e
- deformidades nos membros inferiores.

e) Comprometimento sensorial: visão; audição; ou tato.

f) Equilíbrio corporal: marcha alterada.

g) Uso de medicamentos:

- Benzodiazepínicos;
- Antiarrítmicos;
- anti-histamínicos;
- antipsicóticos;
- antidepressivos;
- digoxina;
- diuréticos;
- laxativos;
- relaxantes musculares;
- vasodilatadores;
- hipoglicemiantes orais;
- insulina; e
- Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).

h) Obesidade severa.

i) História prévia de queda.

Paciente com **ALTO RISCO** de queda

a) Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco.

b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.

c) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

Paciente com **BAIXO RISCO** de queda

a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco.



b) Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas.

As utilizadas com maior frequência no Brasil e internacionalmente são:

Morse ¹	St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY). ²
--------------------	--

1 <https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/MORSEfallscale.pdf>

2 <https://www.secot.es/media/docs/escalas/Escala%20Stratify.pdf> [em espanhol]

Essas duas escalas possuem SEMELHANÇAS quanto à gradação dos fatores que predisõem à queda e permitem, portanto, classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda.

Importante: Este protocolo não adota nenhuma escala em particular e teve como foco intervenções de prevenção norteadas pelo risco de queda do paciente.

Ações preventivas

Medidas Gerais

A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco.

Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, tais como:

- pisos antiderrapantes,
- mobiliário e
- iluminação adequados,
- corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos),
- uso de vestuário e
- calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes.

OBSERVAÇÃO: Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.

A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

Medidas Específicas

A unidade de saúde, orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, devem *definir o(s) profissional(ais) responsável(eis)* por avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco.

Deve-se fazer a reavaliação do risco dos pacientes em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de



risco. Além da notificação, o paciente deve ser atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos.

A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

Veja alguns exemplos:

ADULTOS

<i>Fatores de Riscos</i>	<i>Medidas</i>
<i>Idade</i>	<i>Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes idosos estão contempladas nos itens abaixo</i>
<i>Histórico de quedas</i>	<i>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível</i>
	<i>Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.</i>
	<i>Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).</i>
<i>Necessidades fisiológicas</i>	<i>Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.</i>
	<i>Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro.</i>
	<i>Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</i>
<i>Medicamentos</i>	<i>Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda.</i>
	<i>Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).</i>
	<i>Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.</i>
<i>Uso de dispositivos / equipamentos</i>	<i>Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.</i>



	<p>Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente.</p> <p>Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída</p> <p>Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p>
Mobilidade / Equilíbrio	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p> <p>Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.</p> <p>Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).</p>
Cognitivo	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.</p> <p>Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.</p>
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	<p>Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível</p> <p>Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado</p> <p>Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).</p>

INFANTIL

<i>Fatores de Riscos</i>	<i>Medidas</i>
Idade	<p>Acomodação</p> <p>→ <u>≤ 36 meses (3 anos):</u> devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o "Termo de recusa de tratamento".</p>



	<p><i>A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do profissional responsável.</i></p> <p>→ <u>> 36 meses:</u> <i>devem ser acomodadas em cama com as grades elevadas.</i></p> <p><i>Transporte</i></p> <p>→ <u>≤ 6 meses:</u> <i>devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este em cadeira de rodas.</i></p> <p>→ <u>≥ 6 meses ≤ 36 meses:</u></p> <p><i>o Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimento com anestesia/sedação.</i></p> <p><i>o Em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem).</i></p> <p>→ <u>> 36 meses:</u> <i>em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável.</i></p> <p><i>Manter uma das grades elevadas do berço durante a troca (roupa/fralda) da criança (não deixar a criança sozinha neste momento com uma das grades abaixadas).</i></p>
Diagnóstico	<p>→ <i>Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda.</i></p> <p>→ <i>Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda.</i></p> <p>→ <i>Orientar responsável para que a criança somente levante do leito acompanhada por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante, de acordo com a idade e com as condições clínicas.</i></p> <p>→ <i>Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular.</i></p> <p>→ <i>A criança deve estar sempre acompanhada na deambulação (no quarto, no banheiro e no corredor) pelo responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem).</i></p> <p>→ <i>Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas.</i></p> <p>→ <i>Orientar o responsável a levantar a criança do leito progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável.</i></p> <p>→ <i>Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário.</i></p>
Fatores cognitivos	<p>→ <i>Orientar os responsáveis sobre o risco de queda relacionado ao</i></p>



	<i>"comportamento de risco" de acordo com a faixa etária da criança.</i>
<i>História / atividade progressa</i>	<i>→ Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. Não levantar do leito sozinho quando há história de queda progressa com dano grave.</i>
<i>Cirurgia, Sedação e Anestesia</i>	<i>→ Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico. → Orientar o paciente e/ou familiar/responsável a levantar progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama. → Sair do leito acompanhado pela enfermagem. Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato). → O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;</i>
<i>Medicações</i>	<i>→ Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem). → Realizar reconciliação medicamentosa, cuidadosa, na admissão. → Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda. → Não levantar do leito sozinho. → Orientar, na hora da medicação, o paciente e/ou familiar/acompanhante quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas, que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos. → O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda</i>

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE- resumo!

1. Finalidade



A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes.

O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado *seja prestado à pessoa para a qual se destina*.

2. Justificativa

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Veja alguns fatores importantes:



→ Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a **admissão até a alta** do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. *Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.*

3. Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em **TODOS OS AMBIENTES** de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

4. Intervenção

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

<i>Identificar os pacientes</i>	<p><i>Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada.</i></p> <p><i>O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente, geralmente o punho, mas, para recém-nascidos, a pulseira deve ser colocada preferencialmente no tornozelo.</i></p> <p><i>Nos casos em que não haverá possibilidade do uso em adultos em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores.</i></p> <p><i>Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes por situações de edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros.</i></p> <p><i>Utilizar no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente e número de prontuário do paciente.</i></p> <p>ATENÇÃO!</p> <p><i>Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.</i></p> <p><i>O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível.</i></p> <p><i>O registro dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou podem ser manuscritos.</i></p> <p><i>Os indicadores devem:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>Ser fácil de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, sabão e detergentes, géis, sprays, produtos de limpeza a base de álcool, hemocomponentes e outros líquidos corporais, e qualquer outro líquido ou preparação;</i><i>Não se desgastar durante a permanência do paciente no hospital.</i>
---------------------------------	--



	<ul style="list-style-type: none">• Para que essas exigências sejam atendidas, as etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação.• Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação.• A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável.• A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação, sendo necessário o uso de canetas especiais. <p>O serviço de saúde deve definir como identificar pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados.</p>
<i>Educar o paciente, acompanhante, familiar ou cuidador</i>	<i>Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos 2 identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.</i>
<i>Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado</i>	<i>A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado.</i> <i>Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.</i>

CASOS ESPECIAIS:

Transferências de Pacientes

<i>Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde.</i> <i>O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde.</i>	<i>Quando o paciente for morador de rua, de instituição de longa permanência, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades na periferia e interior, onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, o serviço de saúde determinará o identificador adicional.</i>
<i>Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como:</i> <i>*O local de onde a pessoa foi resgatada e o horário,</i> <i>*O número de registro do atendimento do serviço de ambulância,</i>	



*A descrição física da pessoa.

IMPORTANTE: O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.

Conferência da identificação

Obrigatoriamente deve ocorrer **ANTES** dos cuidados, tais como:

- administração de medicamentos,
- administração do sangue,
- administração de hemoderivados,
- coleta de material para exame,
- entrega da dieta e;
- realização de procedimentos invasivos.

O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado, não apenas no contato inicial da admissão.

Hemocomponentes: deve seguir a legislação específica.

Binômio RN-Mãe:

A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mãe.

Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação.

Estratégias de monitoramento e indicadores

Notificação dos casos de identificação errada de pacientes Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados de acordo com a legislação vigente e investigados pelo serviço.

ESPECIFICAÇÕES DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

I. Cor

- a) deve ser de cor branca.
- b) as coloridas são de algum tipo de alerta em específico.

II. Tamanho



- a) Compridas o suficiente para serem utilizadas em pacientes obesos, com linfedema e com acessos venosos e curativos;
- b) Pequenas o suficiente para serem confortáveis e seguras em recém-nascidos, bebês e crianças.

Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve ser capaz de fazer isto com segurança, de preferência sem o uso de tesoura, pelo risco de incidentes.

As extremidades do corte não devem ser afiadas.

Alternativamente, as pulseiras de identificação podem ser feitas em tamanhos variados.

III. Conforto

<ul style="list-style-type: none">• <i>Forma</i> <i>não deve haver cantos, contorno ou bordas afiadas.</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Bordas</i> <i>o material utilizado nas bordas da pulseira deve ser macio e liso para assegurar o conforto durante o uso prolongado.</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Fixadores</i> <i>os fixadores não devem pressionar a pele.</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Material</i> <i>deve ser flexível, liso, impermeável, lavável e não-alérgico.</i>
--	--	---	--

IV. Facilidade de uso

As pulseiras devem ser:

- a) Fáceis de limpar.
- b) Impermeáveis e resistentes a líquidos.
- c) Projetadas de maneira que permitam que os pacientes as lavem.
- d) Fáceis de utilizar por todos os profissionais.

Os seguintes aspectos devem ser considerados para facilitar o uso das pulseiras:

- Armazenamento;
- Acesso ao local de armazenamento;
- Preenchimento dos identificadores do paciente;
- Mudança ou atualização de informação;
- Leitura e verificação da informação;
- Colocação no paciente (incluindo a seleção do tamanho correto ou o ajuste ao comprimento correto);
- Fixação; Remoção.

IMPORTANTE:

A pulseira de identificação não deve agarrar na roupa, no equipamento ou nos dispositivos, inclusive nos acessos venosos.



V. Registro dos identificadores do paciente

Os serviços de saúde utilizarão diferentes métodos para gerar os identificadores do paciente a serem incluídos na pulseira de identificação.

Em alguns casos, podem ser impressos diretamente do computador do serviço de saúde; em outros, eles podem ser manuscritos. Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve ser:

- A mesma disposição, ordem e estilo da informação devem ser usados em todas as pulseiras de identificação do paciente de uma mesma unidade de saúde a fim de garantir a padronização.
- A data de nascimento deve ser registrada no formato curto como DD/MM/AAAA.
- Deve haver espaço suficiente para incluir nomes longos, nomes múltiplos e nomes hifenizados.
- Os identificadores devem ter um tamanho e estilo de fonte de fácil leitura, devendo ser evitados o itálico, o estilo simulando o manuscrito e os tipos de fonte ornados. Uma fonte comum deve ser utilizada com tamanho mínimo entre 12 e 14 pontos.
- No caso de identificadores manuscritos, deve ser utilizada letra de forma e tamanho adequado para a leitura.

PROCOLO DE CIRURGIA SEGURA - *resumão!*

1. Finalidade

Determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de:

- incidentes e eventos adversos
- mortalidade cirúrgica,

[...] possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da ★ Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela *Organização Mundial da Saúde - OMS*.

2. Justificativa

Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte.

3. Abrangência

O protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em **TODOS OS LOCAIS** dos estabelecimentos de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.



4. Definições

<i>LISTA DE VERIFICAÇÃO</i>	<i>Lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens / procedimentos.</i>
<i>DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE</i>	<i>demarcação de local ou locais a ser operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral).</i>
<i>DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE</i>	<i>Condutor da Lista de Verificação: profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.</i>
<i>SEGURANÇA ANESTÉSICA</i>	<i>Conjunto de ações realizadas pelo anestesiológico, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.</i>
<i>EQUIPE CIRÚRGICA</i>	<i>equipe composta por cirurgiões, anesestesiologistas, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.</i>

5. Intervenção

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura:

- profissionais capacitados,
- ambiente,
- equipamentos e materiais adequados

[...] para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros.

Entretanto, este protocolo trata especificamente da **utilização sistemática** da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

Baseia-se na Lista de Verificação de Cirurgia Segura e no Manual de Cirurgia Segura, desenvolvidos pela OMS.

A Lista de Verificação divide a cirurgia em três fases:

I - Antes da indução anestésica;



II - Antes da incisão cirúrgica; e

III - Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização da Lista de Verificação, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens.

Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

Infelizmente, mesmo a imagem original do protocolo não está com uma resolução excelente, mas não se preocupe, pois irei descrever todos os pontos.

Antes da indução anestésica	Antes da incisão	Antes de o paciente sair da sala de operações
ENTRADA <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU<ul style="list-style-type: none">• IDENTIDADE• SÍTIO CIRÚRGICO• PROCEDIMENTO• CONSENTIMENTO<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <p>ALERGIA CONHECIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM</p> <p>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS</p> <p>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS</p>	PAUSA CIRÚRGICA <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO<input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE:<ul style="list-style-type: none">• IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE• SÍTIO CIRÚRGICO• PROCEDIMENTO <p>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?</p> <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p>	SAÍDA <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO<input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)<input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)<input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <p>O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE</p> <p>Assinatura _____</p>

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA: requer a presença do anestesiolegista e da equipe de enfermagem.

O condutor da Lista de Verificação deverá:

- Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua **identificação** tenha sido confirmada.
- Confirmar que o **procedimento** e o **local** da cirurgia estão corretos.
- Confirmar o **consentimento** para cirurgia e a anestesia.
- Confirmar visualmente o **sítio** cirúrgico correto e sua **demarcação**

[detalhamento]



Confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.

O condutor da Lista de Verificação confirma verbalmente com o paciente sua identificação, o tipo de procedimento planejado, o sítio cirúrgico e a assinatura do consentimento para cirurgia. Quando a confirmação pelo paciente não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

Os Termos de Consentimento Informados - cirúrgicos e anestésicos - devem ser assinados pelo paciente ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos por médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento cirúrgico.

Demarcar o sítio cirúrgico

A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por **médico** membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento.

Sempre que possível, tal identificação deverá ser realizada com o paciente acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. [A instituição deverá ter processos definidos por escrito para lidar com as exceções, como, por exemplo, recusa documentada do paciente, de modo a garantir a segurança cirúrgica.]

O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do paciente naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade, múltiplas estruturas ou múltiplos níveis. Nestes casos, a demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta dermatográfica.

O símbolo a ser utilizado deverá ser padronizado pela instituição e deve permanecer visível após preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos. Devem-se evitar marcas ambíguas como "x", podendo ser utilizado, por exemplo, o sinal de alvo para este fim.

→ Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento

Antes da indução anestésica, o condutor confirma que um monitor multiparamétrico tenha sido posicionado no paciente e que esteja funcionando corretamente.

→ Revisar verbalmente com o anestesiológico, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

<p>Verificar a avaliação de vias aéreas e risco de aspiração</p> <p>O condutor deverá confirmar verbalmente com o anestesiológico se este avaliou</p>	<p>Verificar alergias conhecidas</p> <p>O condutor deverá perguntar ou confirmar se o paciente possui uma alergia conhecida, mesmo se o condutor tenha conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá confirmar</p>	<p>Verificar a segurança anestésica</p> <p>O condutor completa a próxima etapa solicitando ao anestesiológico que confirme</p>
--	---	---



<p><i>objetivamente se o paciente possui uma via aérea difícil.</i></p> <p><i>O risco de aspiração também deverá ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea.</i></p> <p><i>Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea O condutor deverá perguntar ao anestesiológico se o paciente tem risco de perder mais de meio litro de sangue (> 500 ml) ou mais de 7 ml/kg em crianças durante a cirurgia a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade.</i></p>	<p><i>se o anestesiológico tem conhecimento e se a alergia em questão representa um risco para o paciente.</i></p>	<p><i>a conclusão da verificação de segurança anestésica.</i></p>
--	--	---

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA *(Pausa Cirúrgica)*

A *Pausa Cirúrgica* é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cutânea a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe.

Neste momento, a equipe fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

→ A **apresentação de cada membro** da equipe pelo nome e função.

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

→ A confirmação da realização da **cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto.**

*É conduzida uma **nova confirmação** pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiológico e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.*

→ A revisão verbal, uns com os outros, dos **elementos críticos** de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia.



O condutor da Lista de Verificação conduz uma rápida discussão com o cirurgião, anestesiológico e enfermagem a respeito de **risco graves e planejamentos operatórios**.

Além disso, deve-se prever etapas críticas, possíveis eventos críticos, duração da cirurgia e perda sanguínea.

O anestesiológico deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar.

Deverá informar também a previsão do uso de sangue, componentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do paciente passíveis de complicações, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc.

Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.

→ confirmação da **administração de antimicrobianos** profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.

→ A confirmação da acessibilidade dos **exames de imagens necessários**.

O condutor deverá perguntar ao cirurgião se **exames de imagem** são necessários para a cirurgia. Em caso afirmativo, o condutor deverá confirmar verbalmente que os exames necessários para realização segura do procedimento cirúrgico estão na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

→ **A conclusão da contagem de compressas e instrumentais.**

Verificar a correta contagem de instrumentais, compressas e agulhas

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas e agulhas. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

→ A **identificação de qualquer amostra** cirúrgica obtida.

O profissional de enfermagem deve **confirmar a identificação/etiquetagem** correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura em voz alta do nome do paciente, descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras.



→ A revisão de qualquer **funcionamento inadequado de equipamentos** ou questões que necessitem ser solucionadas.

Documentar problemas com equipamentos: O condutor deve assegurar que os problemas com equipamentos que tenham ocorrido durante a cirurgia sejam identificados, relatados e documentados pela equipe

→ A **revisão do plano de cuidado** e as providências quanto à abordagem pós operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

O cirurgião, o anestesiológico e o profissional de enfermagem deverão revisar o plano de recuperação pós-operatória, focando particularmente em questões anestésicas ou cirúrgicas que possam interferir nesta recuperação.

7. Estratégias de monitoramento e indicadores

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

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO- resumão!

1. Finalidade

Promover a prevenção da ocorrência de **X**úlcera **✓**LESÃO por pressão (UPP) e outras lesões da pele.

2. Justificativa

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele.

A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito.



Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a lesão tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis.



Lesões por pressão causam dano considerável aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

3. Abrangência (Âmbito, Ponto de Assistência e Local de Aplicação)

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários.

As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver úlceras por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

4. Definição

<p><input checked="" type="checkbox"/> LESÃO POR PRESSÃO</p>	<p>Lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção.</p> <p>O National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) é uma organização norte-americana, sem fins lucrativos, dedicada à prevenção e ao tratamento de lesões por pressão. Ela define este termo:</p> <p><i>Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa.</i></p> <p><i>A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento.</i></p> <p><i>A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.</i></p>
<p>CISALHAMENTO</p>	<p>deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes.</p>
<p>ESTADIAMENTO</p>	<p>classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual</p>

5. Intervenções



A maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. Veja as 6 etapas:

ETAPA 1

Avaliação de úlcera por pressão na admissão de todos os pacientes:

Componentes:

<i>A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP</i>	<i>A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas.</i>
---	---

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas.

A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores:

- a) mobilidade;
- b) incontinência;
- c) déficit sensitivo e;
- d) estado nutricional (incluindo desidratação).

Obs. A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada, como por exemplo, a escala de Braden Q.

ETAPA 2

Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados.

O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

Procedimento Operacional da Avaliação e Reavaliação de Risco

Recomendação: Use uma abordagem estruturada de avaliação de risco para identificar indivíduos em risco de desenvolver LPP

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Essa avaliação deve levar em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. Devem ser utilizadas escalas preditivas, com elevado grau de confiabilidade e especificidade.

A avaliação do risco para desenvolvimento de LPP deverá ser executada através da Escala de Braden Q para crianças de 1 a 5 anos e Escala de Braden para pacientes com mais de 5 anos.



As escalas de Braden e Braden Q caracterizarão o paciente sem risco, com risco baixo, moderado, alto ou muito alto para desenvolver LPP. A classificação do risco dá-se de maneira inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

As escalas preditivas são, entretanto, um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro. Assim, qualquer que seja o escore alcançado na escala, a avaliação clínica deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para LPP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento desta lesão cutânea. Um plano de cuidados específicos para prevenção de alterações cutâneas, portanto, deve ser implementado.

ETAPA 3

Inspeção diária da pele

Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés.

Recomendação: Examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar a existência de UPP.

Durante a admissão ou a readmissão, examine a pele do paciente cuidadosamente para identificar alterações da integridade cutânea e úlceras por pressão existentes. Para uma apropriada inspeção da pele, deve-se ter especial atenção às áreas corporais de maior risco para UPP, como as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos.

A realização de diagnóstico diferencial para a distinção entre os tipos de lesões (úlceras por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites) melhora o tratamento e gerenciamento do cuidado.

ETAPA 4

Manejo da Umidade: manutenção do paciente seco e com a pele hidratada

Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele.

Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados.

O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.



Procedimento Operacional das medidas preventivas para higiene, hidratação e manejo da umidade da pele:

a) Higienização e Hidratação da pele

<i>Limpe a pele sempre que estiver suja ou sempre que necessário. É recomendada a utilização de água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele</i>	<i>Use hidratantes na pele seca e em áreas ressecadas, principalmente após banho, pelo menos 1 vez ao dia.</i>
<i>Durante a hidratação da pele, não massagear áreas de proeminências ósseas ou áreas hiperemiadas. A aplicação de hidratante deve ser realizada com movimentos suaves e circulares</i>	<i>A massagem está contra-indicada na presença de inflamação aguda e onde existe a possibilidade de haver vasos sanguíneos danificados ou pele frágil. A massagem não deve ser recomendada como uma estratégia de prevenção de úlceras por pressão.</i>

b) Manejo da umidade

<i>Proteger a pele da exposição à umidade excessiva através do uso de produtos de barreira, de forma a reduzir o risco de lesão por pressão.</i>	<i>As propriedades mecânicas do estrato córneo são alteradas pela presença de umidade, assim como a sua função de regulação da temperatura (nível de evidência</i>
<i>Controlar a umidade através da determinação da causa. Usar absorventes ou fraldas)</i>	<i>Quando possível, oferecer um aparador (comadre ou papagaio) nos horários de mudança de decúbito</i>

Observação: Além da incontinência urinária e fecal, a equipe de enfermagem deve ter atenção a outras fontes de umidade, como extravasamento de drenos sobre a pele, exsudato de feridas, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca que são potencialmente irritantes para a pele.

ETAPA 5

Otimização da nutrição e da hidratação

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação.

Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele.



Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente.



Procedimento operacional

EXEMPLIFICANDO

<i>a) Notificar todos os indivíduos em risco nutricional ou em risco para úlcera por pressão ao nutricionista a fim de instituir as medidas nutricionais específicas (avaliar a necessidade calórica, vitamínica, minerais e demais nutrientes) para a prevenção de LPP.</i>	<i>b) Avaliar e comunicar o nutricionista e a equipe médica sobre a presença de sinais clínicos de desnutrição ou que podem predispor alterações no estado nutricional: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação, entre outros. Na vigência de baixa aceitação alimentar (inferior a 60% das necessidades nutricionais num período de cinco a sete dias), discutir com a equipe a possibilidade de sondagem.</i>
<i>c) Avaliar junto ao nutricionista e à equipe médica a necessidade de oferecer suplementos nutricionais, com alto teor protéico, além da dieta habitual, a indivíduos em risco nutricional e de úlcera por pressão.</i>	<i>d) O nutricionista deverá avaliar a necessidade de instituir as medidas específicas nutricionais para a prevenção de LPP.</i>

ETAPA 6

Minimizar a pressão

Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP.

Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão, com o objetivo é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão.

Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso.

Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera.

Procedimento Operacional para Minimizar a Pressão

Mudança de decúbito ou reposicionamento:



<i>A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.</i>	<i>A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso.</i>	<i>Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix</i>
--	--	--

Obs: Observação: Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

Mudança de decúbito ou reposicionamento:

Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

Uso de colchões e camas na prevenção de LPP

- Utilizar colchões de espuma altamente específicos em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP.
- A seleção de uma superfície de apoio adequada deve levar em consideração fatores como o nível individual de mobilidade na cama, o conforto, a necessidade de controle do microclima, bem como o local e as circunstâncias da prestação de cuidados. Todos os pacientes classificados como "em risco" deverão estar sob uma superfície de redistribuição de pressão.
- Não utilizar colchões ou sobreposições de colchões de células pequenas de alternância de pressão com o diâmetro inferior a 10 cm.

Uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos

- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama;
- Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles.
- O joelho deve ter ligeira flexão;
- Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.

Obs: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP.



- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira.
- Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

Medidas preventivas para úlcera por pressão conforme classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

<i>Risco Baixo (15 - 18 pontos - Escala de Braden</i>	<i>Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de Braden).</i>	<i>Risco alto (10 a 12 pontos na escala de Braden)</i>	<i>Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de Braden).</i>
<i>Cronograma de mudança de decúbito; Otimização da mobilização; Proteção do calcanhar; Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.</i>	<i>Continuar as intervenções do risco baixo; Mudança de decúbito com posicionamento a 30°</i>	<i>Continuar as intervenções do risco moderado; Mudança de decúbito frequente; Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.</i>	<i>Continuar as intervenções do risco alto; Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível; Manejo da dor.</i>

Estratégias de monitoramento e indicadores

Sugerem-se 3 indicadores de processo e um indicador de resultado para a prevenção da LPP

- Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão.
- Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP
- Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP
- Incidência de UPP.

APÊNDICE - ATUALIZADO!

Estadiamento de Lesões Por Pressão – LPP

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece

- Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura.
- Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais.



- Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme

- Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida.
- O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo.
- Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

- Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes.
- Esfacelo e /ou escara pode estar visível.
- A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis.
- Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

- Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.
- Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.
- A profundidade varia conforme a localização anatômica.
- Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.

- Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara.
- Ao ser removido (esfacelo ou escara), Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.



- Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento.
- Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele.
- A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo.
- A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular.
- Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fásia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4).
- Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LTP) para descrever



Definições adicionais:

<i>Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico</i>	<i>Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.</i>
<i>Lesão por Pressão em Membranas Mucosas</i>	<i>A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.</i>

PROCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS - resumo!

Finalidade

Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

2. Abrangência

Este protocolo deverá ser aplicado em todos os serviços de saúde, públicos ou privados, que prestam cuidados à saúde, seja qual for o nível de complexidade, no ponto de assistência.



OBS: Entende-se por Ponto de Assistência, o local onde três elementos estejam presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente).

Definição

“Higiene das mãos” é um termo geral, que 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 IRAS

Tipos

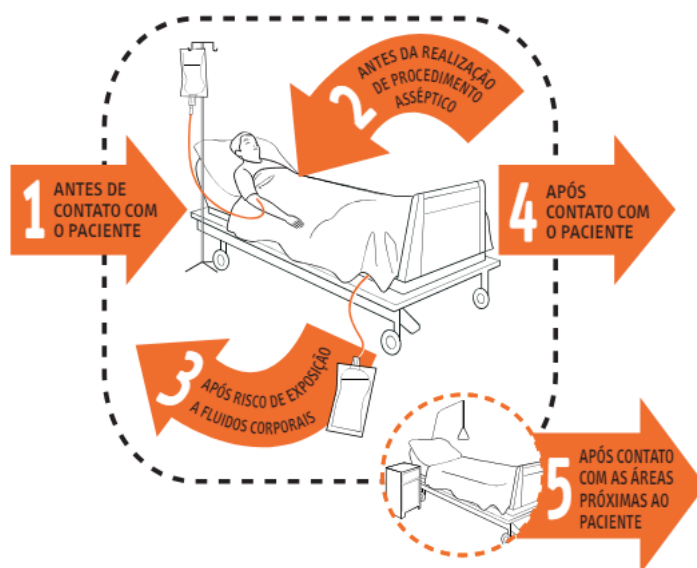
Lembra dos tipos?

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica. *[na verdade temos mais uma divisão, pois a antisséptica pode ir até o punho ou até o cotovelo, se chamando “cirúrgica”, mas neste documento, é assim que é tratado.]*

- Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.
- Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.
- Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos. Para tal, recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

Momentos

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. Este trecho é cobrado como os 5 momentos para a higiene das mãos:



Oriento que você leia este infográfico:

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/higiene-das-maos/cartazes/hm_5momentos_a3.pdf

As indicações para higiene das mãos contemplam

a) Higienizar as mãos com sabonete líquido e água

- Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro
- Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de *C. difficile*.
- Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica

b) Higienizar as mãos com preparação alcoólica

Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas (IB);

Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos

Obs. Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente

Procedimentos Operacionais

1. Higienização simples: com sabonete líquido e água

Finalidade

Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

Duração do procedimento

A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Técnica

- Molhe as mãos com água;
- Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
- Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si;
- Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
- Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
- Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;



- Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Enxague bem as mãos com água;
- Seque as mãos com papel toalha descartável
- No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha.

Higienização com antisséptico

Finalidade

Promover a remoção de sujidades e da microbiota transitória, reduzindo a microbiota residente das mãos, com auxílio de um antisséptico.

Duração do procedimento

A higienização antisséptica das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Técnica

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante.

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

Finalidade

A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas

Obs: A Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades.

Duração do procedimento

A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos.

Técnica

- Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcóolica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.
- Friccione as palmas das mãos entre si;
- Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
- Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;



- Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.

Os seguintes **indicadores de desempenho** devem ser utilizados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para a mensuração da melhoria da adesão às práticas de higiene das mãos:

Indicador obrigatório:

Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

Consumo de sabonete monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

Indicador recomendável:

Percentual (%) de adesão: número de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.

ATENÇÃO!

O uso de luvas **não altera nem substitui** a higienização das mãos, seu uso por profissionais de saúde não deve ser adotado indiscriminadamente, devendo ser restrito às indicações a seguir:

- Utilizá-las para proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de os microrganismos das mãos do profissional contaminarem o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de microrganismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
- Trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- Trocar de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo;
- Trocar de luvas quando estas estiverem danificadas;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Higienizar as mãos antes e após o uso de luvas.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS - *resumão!*

Finalidade

Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.



Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de **potencialmente perigosos ou de alta vigilância** (highalert medications), que possuem maior potencial de provocar dano no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção



O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

Práticas seguras para prescrição de medicamentos

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como:

Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;

Caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;

Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;

Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial; e

Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

Intervenções

Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

a) Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- Nome completo do paciente; endereço; e data de nascimento.

A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações:

- nome do hospital;
- nome completo do paciente;
- número do prontuário ou registro do atendimento;
- leito;
- serviço;



- enfermaria/apartamento; e
- andar/ala.

Obs.: todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis. *[preferencialmente, digitados]*

Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento. Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente.

A utilização da abreviatura "NI" (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.

b) Identificação do prescritor na prescrição

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação.

A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

c) Identificação da instituição na prescrição

Na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

d) Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescritor.

A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

e) Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos.

Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais.



Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição.

O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição). A utilização de prescrição pré-digitada é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de medicação.

A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via. Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição.

f) Uso de abreviaturas

Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos **sem o uso de abreviaturas**, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação. Caso seja indispensável em meio hospitalar, a instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde.

ATENÇÃO

Essa lista não deve conter abreviatura de “unidades” (U) e “unidades internacionais” (UI), utilização de fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO₄ e outras) e nomes abreviados de medicamentos (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros).

As abreviaturas “U” e “UI” significando “unidades” e “unidades internacionais”, respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita. Desta maneira, deve-se abolir o uso de abreviaturas “U” e “UI”, escrevendo a palavra “unidade” por extenso no lugar de “U” ou “unidade internacional” no lugar de “UI”.

Caso exista padronização de abreviatura para via de administração, preferir o uso de “EV” (para endovenosa) em vez de IV (intravenosa), em função do risco de interpretação do “IV” como “IM”, sobretudo quando associado a pouca legibilidade da prescrição.

g) Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional.

Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omissa, utilizar a denominação botânica acrescida da parte da planta utilizada.

A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão “ensaio clínico”.



h) Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia, e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes:

- DOPamina e DOBUtamina;
- ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA;
- VimBLASTina e VinCRISTina.

i) Expressão de doses

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. Às unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.

A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de "2,5 mL" seja interpretada como "25 mL". Não utilize "ponto" em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro.

Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita. Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g".

Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

a) Alergias

Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

Em hospitais que utilizam prontuários e prescrições eletrônicas, as alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas às prescrições emitidas para o paciente.

b) Padronização de medicamentos

O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde.

Recomenda-se que o estabelecimento de saúde elabore uma relação de medicamentos por especialidade, em consonância com a padronização da instituição, de forma a permitir mais



familiaridade do prescritor com indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos.

Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.

c) Doses

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível.

Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração.

Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento. *A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos prescritos em Pediatria, Oncologia e Unidades de Tratamento Intensivo, principalmente no momento da administração.*

Duração do tratamento

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação.

Quando ambulatorial, a prescrição de medicamentos de uso crônico deverá indicar a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente seja reavaliado pelo médico.

A expressão "uso contínuo" ou "usar sem parar", sem prazo para o paciente ser reavaliado, não deve ser utilizada em prescrições ambulatoriais.

Utilização de expressões vagas



Expressões vagas como “usar como de costume”, “usar como habitual”, “a critério médico”, “se necessário” (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), “uso contínuo” e “não parar” devem ser abolidas das prescrições.

Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário”, deve-se obrigatoriamente definir:

- Dose;
- posologia;
- dose máxima diária deve estar claramente descrita; e
- condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.

Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração

a) Posologia

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente.

Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

b) Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

c) Velocidade de infusão

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a “síndrome do homem vermelho”, que ocorre com a infusão rápida de vancomicina.

É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como às recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

d) Via de administração

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

Modificação da prescrição atual ou vigente



Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que às alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição.

A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode:

- Acarretar erro na dispensação; e
- Aumentar o risco de erro de administração.

Em meio ambulatorial, nunca deve ser feita modificação ou rasura na mesma receita. Caso seja necessária alguma alteração na terapêutica, nova receita deverá ser emitida e a anterior suspensa.

Prescrições verbais

As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento. A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível.

Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

Pontos de transição do paciente

Na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa).

Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

No âmbito ambulatorial, chama-se de ponto crítico quando ocorre transição do paciente entre os níveis de atenção (primário, secundário ou terciário), sendo fundamental a realização dos encaminhamentos resolutivos entre as diferentes unidades de saúde e que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado do usuário.

Para tal, o prescritor deverá elaborar detalhado histórico farmacoterapêutico do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer a conciliação dos medicamentos.

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma instituição hospitalar e entre instituições hospitalares distintas, as seguintes ações devem ser realizadas:



Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado (transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente).

O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos, insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

Obs. Para o acesso à lista completa de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância de uso hospitalar e ambulatorial, recomenda-se o acesso no sítio eletrônico e endereço eletrônico abaixo:

- site: www.ismp-brasil.org
- link: www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos-potencialmente-perigosos.php

Suporte eletrônico para prescrição

Recomenda-se a utilização de programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico que forneça minimamente informações sobre:

- Doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e/ou com índice terapêutico estreito;
- Interações medicamentosas clinicamente significativas;
- Alergias;
- Apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição.

Importante:

Prescrições pré-digítadas podem aumentar a segurança no uso de medicamentos e devem ser adotadas quando possível.

Utilizar para impressão formulário sem pauta, pois as linhas podem encobrir pontos e vírgulas ou transformar "0" em "8", aumentando, assim, a possibilidade de erros.

Quando se implantar novo sistema de prescrição na unidade de saúde (prescrições pré-digítadas, eletrônicas e outras), o prescritor, farmacêutico e enfermeiro devem acompanhar o processo de prescrição para identificar e corrigir erros decorrentes do uso do novo sistema.



Procedimento operacional padrão da prescrição por via de administração

Para o adequado cumprimento da prescrição, todas as informações deverão estar claras e completas, em cada item prescrito.

Em prescrições eletrônicas, recomenda-se que o cadastro do medicamento permita somente a prescrição das vias de administração descritas na literatura e pelo fabricante, o que aumenta a segurança, impedindo administração por via errada.

Recomenda-se que os medicamentos devam ser prescritos conforme estrutura a seguir:

ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

USO ORAL

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso.

Exemplo: captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1h antes ou 2h depois de alimentos.

USO TÓPICO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso

Exemplo: Permanganato de potássio 1:60.000 solução. Aplicar compressas em membro inferior direito 3 vezes/dia, após o banho.

USO ENDOVENOSO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso

Exemplo: anfotericina B 50mg frasco-ampola. Reconstituir 50mg em 10mL de água destilada e rediluir para 500mL de solução glicosada 5%. Uso endovenoso. infundir 35 gotas/min., 1 vez/dia. Administrar em 5 horas.

USO INTRAMUSCULAR

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

Exemplo:

intramuscular com diluição: ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5 mL de lidocaína 1%. Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de 12/12h; intramuscular sem diluição:

vitamina K (fitomenadiona) 10mg/mL, ampola. Fazer 1mL via intramuscular profunda (região glútea), 1x ao dia.

USO SUBCUTÂNEO



Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso Subcutâneo sem diluição:

heparina sódica 5.000 unidades internacionais/0,25mL, ampola. Fazer 0,25mL subcutânea de 12/12h.

USO INTRATECAL

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

Uso Intratecal com diluição: citarabina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5mL de solução fisiológica 0,9%. Infundir 1,5mL intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal.

USO INALATÓRIO

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso.

Exemplo: bromidrato de fenoterol 5mg/mL, solução para inalação. Fazer aerosol com 5 gotas diluídas em 3 mL de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar e inalar até esgotar toda a solução.

Práticas seguras para distribuição de medicamentos



Os sistemas de distribuição de medicamentos em hospitais podem ser classificados em:

- Coletivo;
- Individualizado;
- Misto;
- Dose unitária;
- Sistema automatizado.

O tipo de sistema de distribuição adotado tem relação direta com a frequência de erros.

O sistema coletivo é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por unidade de internação ou serviço, mediante solicitação da enfermagem para todos os pacientes da unidade. Implica a formação de subestoques de medicamentos nas unidades, os quais ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem. A reposição é feita periodicamente, em nome da unidade, por meio de requisições enviadas à farmácia.

IMPORTANTE: Esse sistema de distribuição de medicamentos é considerado inseguro e DEVE ser abolido dos estabelecimentos de saúde.

O sistema individualizado é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, geralmente para um período de 24 horas de tratamento. Esse sistema se mostra mais seguro que o sistema coletivo, entretanto, menos seguro que o sistema por dose unitária.



O Sistema misto é caracterizado pela combinação dos sistemas coletivo e individualizado coexistindo:

Sistema Individualizado – é utilizado nas unidades de internação, ocorrendo de forma parcial ou integral, mediante prescrição,

Sistema Coletivo: é utilizado nos serviços de radiologia, endoscopia, urgência, ambulatórios, entre outros, mediante requisição.

Importante: O Sistema misto mantém riscos elevados associados à distribuição coletiva.

Recomenda-se aos estabelecimentos de saúde o sistema de dose unitária.

Intervenções

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

A farmácia deverá possuir estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação. A farmácia deve contar com recursos humanos capacitados e em número suficiente para realizar a contento suas atividades.

Itens de verificação para administração segura de medicamentos

A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os cinco certos na administração de medicamentos e, mais recentemente, foram introduzidos mais dois certos, configurando-se em "os sete certos na administração de medicamentos":

I. Paciente certo;

II. Medicamento certo;

III. Via certa;

IV. Hora certa;

V. Dose certa;

Foram incluídos:

VI. Documentação certa (Registro certo); e

VII. Razão.

Recente artigo identifica nove certos para administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. *(Os CORENs concordam com os 9 certos)*



⚠️⚠️ **ATENÇÃO:** ⚠️⚠️ O básico sobre segurança do paciente está até o ponto acima daqui, no entanto, se estiver com tempo, sugiro que continue no capítulo abaixo, antes de ir para as questões, visando conhecer a aplicabilidade do assunto, na ATENÇÃO BÁSICA.

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

Sabemos que a Segurança do Paciente é um **DIREITO DE TODOS** aqueles que vão a um serviço de saúde, ou seja, ele não precisa sofrer danos ao buscar cuidados de saúde, pois este deve ser um local seguro, que proteja aqueles que o procuram.

Como já vimos toda uma base sólida do tema e para não ser repetitiva, estou considerando que esta aula é APENAS UM COMPLEMENTO de tudo, com o acréscimo das especificidades da atenção básica.

Considerando o papel-chave da Atenção Primária em Saúde (APS) no país e no SUS, trabalhar Segurança do Paciente na APS é, obviamente, essencial e estratégico.

Lembre-se que o *primeiro contato* já é uma questão de segurança, pois o acesso deve estar sempre acompanhado da qualidade do cuidado. A atenção primária acessível e segura é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde.

Ao se tratar sobre **DESAFIOS** do tema, temos a própria garantia de acesso a serviços em consonância com as necessidades de saúde durante a vida e o financiamento que, apesar de diversos mecanismos de regulação e planejamento existentes, ainda não garante os recursos suficientes nem estabilidade.

Ainda, cabe mencionar sobre a transformação da formação dos trabalhadores da saúde, que predominantemente é voltada para a *formação hospitalar, centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência, concentração destes profissionais em grandes centros urbanos, crescente especialização destes profissionais e a dependência de tecnologias sofisticadas.*

Com isso, podemos fazer a aproximação do tema "**SEGURANÇA DO PACIENTE**" com a necessidade de se identificar de fragilidades nos processos de cuidado. Didaticamente, ela pode ser realizada de forma reativa ou proativa.



RESUMINDO

A) Reativa - Identificação, análise, tratamento de resultados não desejados e danos relacionados ao cuidado prestado. Nesta metodologia, é necessário um processo capaz de identificar possíveis falhas e de implementar medidas de correção.

B) Proativa: Identificação de fragilidades nos processos e riscos relacionados ao cuidado. Nesta metodologia, os riscos e fragilidades são classificados e tratados pelo grau de impacto ao sistema de atendimento e ao paciente. É um método que antecipa e trata



	as possíveis falhas e riscos, melhorando a segurança dos processos.
--	---

A matriz de risco é uma ferramenta de avaliação que classifica o risco pela combinação qualitativa e/ou quantitativa da probabilidade e da consequência de um evento não desejável ocorrer. Esta combinação define o grau de prioridade do risco (nível de risco) e, conseqüentemente, a necessidade de intervenção para controle.

Matriz de Risco						
Probabilidade		Rara (1)	Improvável (2)	Provável (3)	Provável (4)	Quase Certo (5)
Gravidade / Consequência	Catastrófica (16)	16	32	18	64	80
	Grave (8)	8	16	24	32	40
	Moderada (4)	4	8	12	16	20
	Leve (2)	2	4	6	8	10
	Insignificante (1)	1	2	3	4	5

A partir de tal, pode-se priorizar ações mais urgentes e identificar soluções prováveis que atendam à situação, tal como abaixo:

PROCESSO	CAUSAS	SOLUÇÃO
Uso de Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Troca de medicamento; • Interação medicamentosa grave; • Duplicação de princípios ativos; • Atraso no início de tratamento; • Troca de identificação de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Padronizar a informação sobre o medicamento; • Evidenciar medicamentos de aspecto e nome parecidos, criando mecanismos para diferenciação e alerta: guarda em locais distanciados, etiquetagem com letras em caixa alta, uso de cores; • Promover medidas de segurança na aplicação de injetáveis; • Conciliar os tratamentos entre níveis de cuidados; • Introduzir alertas de segurança nas prescrições eletrônicas

O quadro acima é só um exemplo. Poderia ter sido feito para questões assistenciais e gerenciais, inclusive.



O Guia para Melhorar a Segurança do Paciente na Atenção Primária (AHRQ, 2018), desenvolvido com o objetivo de aperfeiçoar a segurança na APS, considera essencial o envolvimento e engajamento de pacientes e familiares, e descreve, para isso, quatro estratégias:

1. **PROMOÇÃO O ENGAJAMENTO:** facilitar a agenda, melhorar a comunicação entre pacientes e profissionais.
2. **REALIZAÇÃO DE LISTA DE MEDICAMENTOS JUNTO AO PACIENTE:** evita-se erro durante o uso, melhora a adesão do paciente e traz segurança no uso.
3. **ENSINO E VERIFICAÇÃO DO APRENDIZADO:** por meio da checagem do entendimento e melhoria da comunicação entre pacientes e familiares.
4. **TRANSIÇÃO DE CUIDADO:** inclusão do paciente no próprio cuidado.

O Manual cita alguns autores específicos e, por isso, veremos pontos de vista de tais:

Wilson (2002) aborda a complexidade dos processos na APS focados no aprimoramento da segurança e define 7 etapas evolutivas:

Etapa 1: Entender os Sistemas

A chave para melhorar a segurança é entender como os sistemas funcionam e como as falhas ou erros podem acontecer, considerando a interação das pessoas dentro destes sistemas. Considerando que as pessoas cometem erros por causas multifatoriais, é possível desenhar processos de trabalho capazes de superar os problemas de segurança.

Etapa 2: Liderança e Cultura

As lideranças da APS devem encorajar o relato de problemas, isentar as pessoas de ações disciplinares praticando a cultura justa e tomar medidas imediatas para prevenir a recorrência do problema.

Etapa 3: Pesquisar

A pesquisa na APS, é necessária e urgente e deve ser capaz de identificar, quantificar e descrever a incidência, grau de dano e custos em decorrência de eventos adversos, além de propor soluções para promoção da segurança do paciente.

Etapa 4: Analisar

Ferramentas de análise devem ser utilizadas para a identificação das causas de eventos adversos que acontecem na APS, transformando as falhas em oportunidades de melhoria.

Etapa 5: Implementar as Melhores Práticas

Protocolos clínicos e metas internacionais de segurança do paciente são exemplos de melhores práticas que podem ser aplicadas na APS.

Etapa 6: Usar Metodologia de Melhoria

Tal como o uso de ferramentas de qualidade aplicada aos processos.



Etapa 7: Monitorar a Segurança

O monitoramento contínuo e análise dos resultados inclui um processo de identificação e relato de eventos adversos e incidentes com tomada de ação para correção de falhas.



Indo adiante, lembre-se que o Planejamento é um Instrumento de Gestão da Segurança do Paciente da Atenção Primária à Saúde. Deve ser realizado em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, balizado pelas características e atributos da APS, quais sejam: cuidado centrado e ordenação da rede e participação da comunidade, discutido e produzido de forma interdisciplinar além de acesso, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, e competência cultural.

As recomendações da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB preconizam que o profissional de saúde deve assumir o protagonismo na implicação da produção de saúde de forma responsável e participativa. A participação efetiva no planejamento, fluxos, ações de cuidado e monitoramento permite à equipe de saúde realizar readequações das ações, objetivando a segurança e qualidade do cuidado, fluxos e estratégias na implantação e organização das ações de saúde na APS.

No manual são citados diversos tipos de incidentes pertinentes à APS, tais como:

- erros de diagnóstico,
- erros de prescrição e uso de medicamentos
- quedas de pacientes
- falhas na comunicação entre a equipe de saúde e entre profissional-paciente.
- subdimensionamento de pessoal,
- pressão por maior produtividade em menos tempo,
- fadiga, estresse e síndrome de Burnout dos profissionais

Havendo a detecção das falhas e incidentes prioritários, pode-se elaborar o Plano de Ação para Segurança do Paciente. Na organização dos processos, deve-se estabelecer um tempo para tal elaboração, tempo de validação, ajustes e capacitação.

Profissional	Processo	Tempo para a elaboração do fluxo	Tempo para ajustes	Tempo para validação	Tempo para capacitação
Enfermeira	Identificação do paciente	30 dias	30 dias	15 dias	30 dias
Farmacêutico	Uso seguro dos medicamentos	30 dias	30 dias	15 dias	30 dias [etc]

Na sequência, identifica-se às ações estratégicas para o problema. Ex.:

Problema: Falhas de identificação do usuário



Erros: Identificação incorreta, incompleta e ou troca de identificação nos registros, prontuários, agendamentos de consultas e ou exames.

Meta: Identificar corretamente o usuário.

Ação	Onde	Quando	Responsável
Padronizar no estabelecimento os dois identificadores padrão para identificação do paciente e usá-lo nos receituários, solicitações de exames e etc.	Unidades de saúde e domicílio	Em todos os momentos de identificação do usuário	Profissionais de saúde.

Algumas ações, dependendo do contexto, são consideradas mais simples e de maior viabilidade, pois dependem exclusivamente das pessoas que planejam. Outras, podem depender de contextos específicos, como sociais, políticos, econômicos, culturais, e isso pode dificultar a execução de todas as ações.

O Manual também nos traz sugestões de instrumentos que vão auxiliar na abordagem da segurança do paciente, tais como:

<p>5 Momentos para Higiene de Mãos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Antes de tocar o paciente; 2) Antes de realizar procedimento limpo e asséptico; 3) Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções; 4) Após tocar o paciente; 5) Após tocar superfícies próximas ao paciente. 	<p>Ferramenta Palavra PIS</p> <p>Um acordo entre a equipe para mencionar tal palavra alertando a insegurança do ato.</p>
<p>Ensinar de Volta - Teach Back:</p> <p>Técnica para checar se o que o profissional de saúde explicou foi claramente compreendido pelo paciente</p>	<p>Reunião rápida de Segurança</p> <p>São encontros breves - <u>em torno de cinco minutos, não mais do que quinze minutos</u> - para tratar de segurança do paciente)</p>
<p>9 Certos da Administração de Medicamentos</p> <p>Visa conferir o paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.</p>	<p>Dupla Conferência</p> <p>Conferir informações importantes a fim de evitar erros.</p>



E se?

Ferramenta estruturada para levantar possíveis falhas de processo, com o consequente desenvolvimento de barreiras de prevenção. Identificação, análise e tratamento dos riscos.

5 Momentos de Uso Seguro de Medicamentos da OMS.

Veja a imagem abaixo: 📌

Iniciando um medicamento

- Qual é o nome deste medicamento e para o que ele serve?
- Quais são os riscos e os efeitos adversos?

Usando meu medicamento

- Quando eu devo tomar este medicamento e quanto eu tenho que tomar cada vez?
- O que eu devo fazer se apresentar reações adversas?

Adicionando outro medicamento

- Eu realmente preciso de outro medicamento?
- Este medicamento pode interagir com os meus outros medicamentos?

Revisando meus medicamentos

- Por quanto tempo eu toma cada medicamento?
- Eu estou usando medicamentos que eu não preciso mais?

Parando meus medicamentos

- Quando eu devo parar de tomar cada medicamento?
- Se eu parar o meu medicamento devido a um efeito indesejável onde eu devo reportar?

A sensibilização e treinamento dos profissionais de saúde está totalmente inserida neste contexto. Cabe lembrar que Educação Continuada é diferente de Educação Permanente. Veja:

A **EDUCAÇÃO CONTINUADA** compreende espaços formais e práticas escolarizadas de educação que utilizam pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como, por exemplo, cursos de pós-graduação. Está relacionada ao processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio da escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.

Já, **EDUCAÇÃO PERMANENTE** consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

As práticas de EPS em Segurança do Paciente na APS podem ser consideradas inovações em saúde e, para sua aplicação, sugere-se a elaboração de um plano de ação sistematizado contendo 6 itens, os quais serão detalhados na sequência:

1-identificação das necessidades;



Essa primeira etapa consiste na análise e na identificação, pela equipe de saúde, dos problemas existentes no âmbito da segurança dos pacientes e que demandam ações educativas.

2- objetivos das ações;

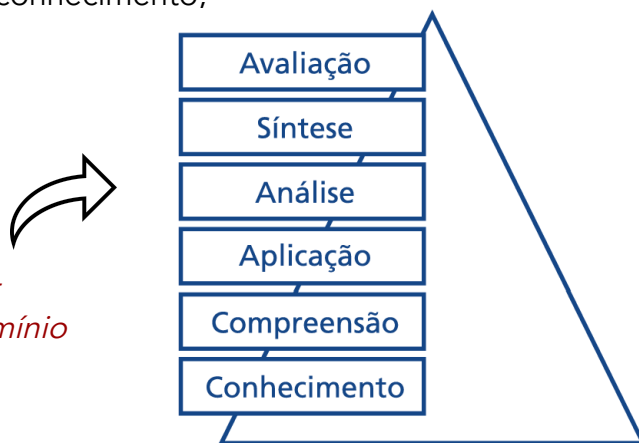
Consiste em descrever com clareza o que a equipe será capaz de realizar depois que passar pela atividade de EPS.

Há muitos instrumentos que apoiam o planejamento de atividades didáticas, sendo um deles a Taxonomia de Bloom, que tem como objetivo ajudar no planejamento, organização e controle dos objetivos de aprendizagem.

A Taxonomia de Bloom caracteriza os objetivos de aprendizagem em 3 domínios:

- Cognitivo: refere-se ao aprender, dominar um conhecimento;
- Afetivo: refere-se aos sentimentos, atitudes e emoções;
- Psicomotor: refere-se a habilidades físicas específicas.

O domínio cognitivo é, dentre os três, o mais frequentemente utilizado, e é o que será melhor explanado a seguir. As seis categorias desse domínio são: Conhecimento, Compreensão, Aplicação, Análise, Síntese e Avaliação.



3- público alvo;

Consiste em definir qual será o público ao qual a EPS será destinada.

4- metodologia;

Consiste em descrever através de quais métodos de ensino as atividades serão realizadas.

5- duração;

Consiste na definição do período de execução do plano de trabalho, considerando todas as ações que serão realizadas durante o período determinado. Se esse período for, por exemplo, uma reunião de equipe, é fundamental adaptar as atividades ao tempo destinado para a reunião.

6- avaliação

Por fim, esta etapa consiste em descrever como se pretende avaliar as ações de EPS a serem realizadas, considerando indicadores e metas. A avaliação deve se integrar ao processo educativo e ter papel preponderante na orientação de novas ações.

Em continuação, veja a aplicabilidade de uma [PROPOSTA de EPS em Segurança do Paciente na APS](#), baseadas em uma das 6 metas de segurança do paciente no contexto da APS.



É importante ressaltar que cada equipe tem autonomia para decidir a forma de trabalho que melhor se encaixa nas suas necessidades, e que o objetivo desse material é servir como uma trilha, e não como trilho para os profissionais de saúde.

Proposta de EPS – Meta 1: Identificar corretamente o paciente	
1) Identificação da necessidade	Após ocorrer uma troca de prontuários de pacientes com o mesmo nome, verificou-se a necessidade de melhorar o sistema de identificação do paciente.
2) Objetivos	<ul style="list-style-type: none">- Discutir maneiras de evitar que novos problemas com identificação dos pacientes ocorram;- Desenvolver ou rever um modelo de identificação dos pacientes vinculados à unidade de saúde padronizada tanto nos formulários, prontuários e fichas.- Definir qual a melhor forma de conferir as informações e quando precisam ser realizadas;- Capacitar toda a equipe para compreender o que precisam fazer.
3) Público-alvo	Todos os integrantes da equipe de saúde.
4) Metodologia	<u>Oficina – dividida em 2 etapas:</u> <ul style="list-style-type: none">- Primeira etapa: a equipe deverá realizar um momento de brainstorming (chuva de ideias) sobre os problemas enfrentados na identificação dos pacientes, e pensar em maneiras de solucioná-los;- Segunda etapa: a equipe deverá desenvolver um modelo de identificação dos pacientes, de acordo com a realidade da unidade de saúde, descrevendo o passo a passo de como ocorrerá o processo, bem como o papel de cada membro da equipe com a presença de 1 membro de cada categoria profissional.
5) Duração	2 reuniões de equipe de 1 hora cada.
6) Avaliação	Composta por 2 itens: <ul style="list-style-type: none">- Indicação de 5 formas de evitar erros de identificação de pacientes;- Apresentação do modelo de identificação dos pacientes desenvolvido na oficina.

O envolvimento dos líderes no tema é fundamental. Com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, Shonk (2020) propôs um modelo de liderança para a Atenção Primária à Saúde, vislumbrando a liderança por meio de três etapas fundamentais que se inter-relacionam:

(1) Necessidades Primárias: desenvolvimento de processos formais, gerenciamento do abuso de poder, investimento em comunicação e compartilhamento de informações, antecipação do futuro, motivação dos indivíduos para a mudança;



(2) Necessidades Secundárias: investimento no senso coletivo, cultivo do espírito de equipe, assegurar a segurança psicológica, aprendizado organizacional, investimento em novos líderes;

(3) Necessidades Terciárias: encorajamento para “superação de fronteiras”.

Outra direção fundamental para o trabalho da liderança para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde é a valorização da Segurança do Trabalhador da Saúde. A criação de um sistema de aprendizagem incorpora a reflexão sobre as evidências científicas articuladas ao conhecimento gerado pelas práticas dos trabalhadores da saúde.

PARA FINALIZAR, o documento nos traz recomendações e sugestões de ações voltadas à segurança do paciente versus pontos relevantes da atenção básica:

[OBS: eu considero que aqui esteja a parte mais promissora de cair na prova!]

Infraestrutura

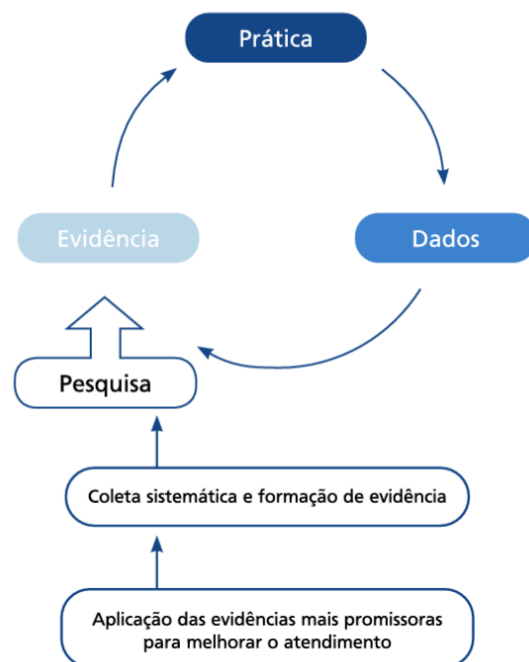
- Garantir espaços físicos em número suficiente para atendimento individual e em grupo;
- Realizar manutenção preventiva da estrutura de modo a garantir o perfeito funcionamento hidráulico, elétrico e estrutural;
- Controlar o acesso aos ambientes críticos;
- Garantir manutenção corretiva em tempo hábil;
- Monitorar a qualidade da água utilizada no serviço (limpeza de caixas e possíveis vazamentos).

Equipamentos

- Garantir a padronização de equipamentos e treinamento das equipes quanto ao uso;
- Realizar manutenção preventiva periódica;
- Garantir a padronização de equipamentos e treinamento das equipes quanto ao uso.

Insumos

- Padronizar os insumos de boa qualidade;
- Garantir o armazenamento adequado dos materiais de modo organizado, preservação da integridade da embalagem, em ambiente limpo, livre de umidade e com temperatura adequada, conforme recomendação do fabricante;
- Controlar o prazo de validade dos insumos;



- Restringir e controlar o acesso ao local de armazenamento;
- Evitar a descentralização de materiais, pois dificulta o controle e aumenta as perdas de insumos;
- Definir fluxo de notificação de tecnovigilância para insumos que apresentem defeitos ou levem a falhas.

Formação profissional

- Investir na formação, qualificação e especialização dos profissionais: incluir a temática da segurança do paciente e dos erros diagnósticos;
- Incluir na formação e no plano de educação permanente temas como percepção de riscos, comunicação, trabalho em equipe, gestão segura de medicamentos, raciocínio clínico, prevenção quaternária, entre outros;
- Fortalecimento de programas de formação especializada para atuação na APS, com expansão de programas de residência médica e multiprofissional, assim como políticas de incentivo para titulação de profissionais que atuam na APS.

Engajamento e empoderamento de pacientes, familiares e/ou cuidadores

- Encorajar e capacitar os pacientes a serem proativos em seu processo assistencial, ampliando seu conhecimento sobre sua condição de saúde, sendo corresponsável pelo seu projeto terapêutico e sinalizando aos profissionais sobre dúvidas, necessidades e, inclusive, erros que podem estar sendo cometidos pela equipe de saúde;
- Empoderar o paciente (e familiar) para participação ativa na tomada de decisão sobre seu cuidado e utilizar ferramentas como o teach back, solicitando que expresse o que compreende sobre sua proposta terapêutica e incentivando a sempre compartilhar suas dúvidas e percepções durante os processos de atendimento pela equipe de saúde.

Gerenciamento de riscos

- Identificar prioridades de atenção com o foco na segurança do paciente;
- Identificar pacientes com maior risco para incidentes de segurança na atenção primária como, por exemplo, idosos, pacientes com multimorbidades, com problemas de saúde mental, em polifarmácia, em uso de medicamentos de alta vigilância, em situações de alta vulnerabilidade social ou com dificuldades cognitivas;
- Implementar ferramentas de gestão de saúde populacional, permitindo melhor acompanhamento dos pacientes sob a responsabilidade da APS, ajudando na identificação de riscos e vulnerabilidades;
- Implantar a checagem para identificação de riscos ambientais na APS;
- Implementar POP (principalmente, os relacionados aos micro e macroprocessos básicos) e monitorar se as principais tarefas estão sendo realizadas de forma adequada;
- Implantar lista de verificação na realização de procedimentos invasivos ambulatoriais



- Realizar, na presença do paciente, a confirmação da sua identificação, procedimento a ser realizado e local do procedimento;
- Consentimento verbal e escrito: confirmar o procedimento com o paciente e equipe, verificar anotações, exames e outros materiais clínicos relevantes.

Transições de cuidado

- Padronizar transferências de informação entre serviços e níveis de atenção: relatórios estruturados entre especialistas e APS, entre serviços de emergência e APS, e planos de alta hospitalar compartilhados com a APS, preferencialmente por meio eletrônico (e seguro) e, quando não for possível, entregues ao paciente, que deve ser orientado sobre a importância de apresentá-lo na APS;
- Estreitar e formalizar as interações entre APS e demais níveis de atenção, através do estabelecimento de protocolos baseados em evidências, terminologias padronizadas, de espaços conjuntos de discussão sobre fluxos e protocolos, discussão de casos, canais de comunicação entre os serviços, matriciamentos ou tele matriciamentos;
- Implantar ou implementar registros eletrônicos de saúde com interoperabilidade entre diferentes serviços e níveis de atenção e com ferramentas que permitam consultar informações resumidas sobre o quadro do paciente a partir das informações registradas no prontuário;

Identificação correta do paciente

- Solicitar ao paciente que apresente documento com foto para abertura do cadastro e/ou passagem;
- Solicitar documento de identificação durante as visitas domiciliares, para que haja conferência com a ficha a ser preenchida;
- Solicitar, durante todos os atendimentos, quando o serviço não utilizar pulseira de identificação, que o paciente verbalize os dois identificadores padronizados, como, por exemplo, nome completo e data de nascimento.
- Nunca perguntar "O senhor é o Fulano de Tal?", pois o paciente pode estar distraído, não entender o que foi dito ou, por algum outro motivo, confirmar uma identificação errada;
- Estabelecer segundo identificador alternativo quando o usuário não souber verbalizar seus dados, como, por exemplo, o nome completo da mãe.
- Conferir os dois identificadores padronizados na pulseira de identificação, quando o serviço utilizar este recurso;
- Conferir a identificação com o documento assistencial (prontuário, prescrição, carteira de vacina, entre outros) que está em mãos;
- Identificar todos os impressos assistenciais e do prontuário do paciente com os dois identificadores padronizados;
- Acompanhar, periodicamente, o desempenho do processo de identificação, como a taxa de adesão à identificação correta do paciente e eventos adversos ou condições inseguras



relacionados ao tema. A equipe deve conhecer os resultados e ser envolvida no estabelecimento de plano de ação, quando a taxa de adesão não estiver adequada.

- Definir processo para atendimento de usuários que não apresentarem documento de identificação;
- Conferir a identificação com o documento assistencial (prontuário, prescrição, carteira de vacina, entre outros) que está em mãos.

Higiene das mãos

- Realizar treinamentos e campanhas que orientem os 5 momentos para higiene de mãos, conforme preconizados pela OMS:
- Antes do contato com o paciente;
- Antes de procedimento asséptico – deve ser realizada a higiene de mãos imediatamente antes da realização de procedimentos assépticos, pois é comum o profissional tocar em roupas do usuário ou superfícies próximas a ele para posicioná-lo. Para realizar procedimentos que requerem o uso de luvas, a higiene das mãos deve ser realizada imediatamente antes de calçá-las;
- Após risco de contato com fluídos corporais, deve ser realizada imediatamente após a realização de procedimentos com risco à exposição de contato com fluídos corporais, antes de tocar em outro sítio do paciente ou superfície próxima a ela. O uso de luvas de procedimento não exclui a necessidade da higiene de mãos, que deve ser realizada imediatamente após sua retirada;
- Após tocar no paciente;
- Após tocar em superfícies próximas ao paciente.
- Orientar quanto à técnica adequada a ser realizada, uso de solução alcoólica quando não houver sujidade visível nas mãos, assim como o impacto para o usuário e para o sistema de saúde quando há uma infecção relacionada à assistência à saúde;
- Disponibilizar produto alcoólico de higienização próximo aos pontos de assistência;
- Disponibilizar produto alcoólico de higienização para o profissional levar em atendimentos domiciliares;
- Disponibilizar pia com sabão e papel toalha abastecidos nos consultórios e salas de procedimentos;
- Monitorar a adesão dos profissionais quanto à higiene das mãos, com auditorias periódicas;
- Divulgar os dados para a equipe e elaborar plano de ação para melhorar os resultados.

Gestão de medicamentos

- Implementar práticas multiprofissionais e interdisciplinares na gestão de medicamentos, com envolvimento sistemático, engajamento e empoderamento dos pacientes, que incluam



discussões sobre mudanças de estilo de vida como possíveis alternativas para algumas medicações;

- Implementar e monitorar boas práticas prescritivas: identificação correta do paciente, identificação clara do prescritor (nome completo, registro profissional e assinatura), identificação do estabelecimento de saúde (impressos padronizados), data da prescrição, legibilidade, uso da denominação comum dos medicamentos, destaque na parte escrita de medicamentos com nomes semelhantes, não utilização de abreviaturas não padronizadas, clareza da identificação de dosagem e via de aplicação;
- Disponibilizar tabelas ou software (programas) com informações sobre interações medicamentosas, especialmente em situações de polifarmácia;
- Implementar e monitorar as etapas de boas práticas para a dispensação e administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa e dose certa; que podem ser acrescidas: registro certo, orientação correta (ao paciente), apresentação farmacêutica certa, resposta terapêutica certa (monitoramento da resposta esperada) e validade;
- Implantar o uso de jalecos ou identificações que indiquem que o profissional não pode ser interrompido ou distraído durante o processo de prescrição, preparação, dispensação ou administração de medicamentos;
- Implementar boas práticas de aquisição, armazenamento e rastreio de medicamentos e vacinas, evitando armazenamento próximo de medicamentos com embalagens, rótulos ou nomes similares, controle de validade de medicações e controle de lote de medicamentos ou vacinas entregues ou dispensados, preferencialmente, com uso de ferramenta de leitura de código de barras;
- Disponibilizar materiais de apoio ao paciente, como cartilhas e folhetos, que permitam melhor compreensão de sua condição de saúde e de seus medicamentos, incluindo uso de lembretes, inclusive por aplicativos móveis;
- Utilizar recursos disponíveis para apoiar o engajamento de pacientes no uso seguro de medicamentos, como fichas informativas sobre educação em saúde, ferramentas e recursos para autogestão, capacitação e sistemas de apoio para melhor compreensão de medicamentos.
- Disponibilizar materiais de apoio ao paciente, como cartilhas e folhetos, que permitam melhor compreensão de sua condição de saúde e de seus medicamentos, incluindo uso de lembretes, inclusive por aplicativos móveis;

Fortalecimento da cultura de segurança

- Criar ambiente onde profissionais e pacientes sintam-se capazes de falar sobre as questões de segurança, sem culpa ou medo de retaliação, onde sintam-se à vontade para relatar riscos e incidentes de segurança;
- Implantar cultura justa;



- Implantar sistemas de notificação de eventos relacionados à APS, que garantam o anonimato e o aprimoramento da cultura de aprendizagem por erros - identificação, notificação e metodologia de análise e investigação dos eventos, com compartilhamento dos achados e implementação de planos de ação, contribuindo para melhorias nos processos e aprendizagem dos profissionais;
- Estabelecer espaços de compartilhamento e aprendizagem, como comitês de segurança abertos a lideranças e profissionais, onde podem ser apresentados e discutidos os principais eventos e os aprendizados adquiridos com eles;
- Implantar visitas de segurança, com a participação da alta liderança, que escutem e falem com profissionais e pacientes sobre os problemas e soluções do dia a dia;
- Implantar auditorias que permitam uma prática reflexiva e devolutiva aos líderes e profissionais sobre a adesão do serviço às práticas de segurança;

QUESTÕES COMENTADAS PELO PROFESSOR

1. FUNDATEC / Prefeitura de Bagé - RS / 2024 - Em relação ao Programa Nacional de Segurança do Paciente, analise as assertivas abaixo e assinale V, se verdadeiras, ou F, se falsas.

() Dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

() Evento adverso é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

() Gestão de risco é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional

A V – F – F.

B F – V – F.

C V – V – V.

D F – V – V.

E V – F – V.

Comentários

Apenas a segunda é falsa, pois trocou pela definição do INCIDENTE. Relembre:

INCIDENTE é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

EVENTO ADVERSO: resulta em DANO ao paciente.

Alternativa: E.



2. Aroeira / Prefeitura de Campo Alegre de Goiás - GO / 2024 - Desde os primórdios da medicina, Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause o dano. A segurança do paciente está baseada também nesse postulado, entendendo que para isso é importante criar a cultura de segurança do paciente. Essa cultura está descrita corretamente em qual alternativa abaixo?

- A Cultura que prioriza metas financeiras e operacionais acima da segurança.
- B Cultura na qual todos os trabalhadores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.
- C Cultura que supervisiona e penaliza os trabalhadores que cometem erros e acidentes.
- D Cultura que responsabiliza o profissional por proporcionar recursos, estrutura e manutenção efetiva de sua própria segurança.

Comentários

Exceto a alternativa B, as outras alternativas apresentam concepções inadequadas de cultura de segurança, focando em punição, responsabilização individual ou priorização de metas financeiras e operacionais, que são contrárias aos princípios de uma cultura de segurança efetiva. A resposta correta promove um ambiente onde cada membro da equipe de saúde é visto como um agente ativo na prevenção de danos e na promoção da segurança do paciente.

Alternativa: B.

3. Aroeira / Prefeitura de Campo Alegre de Goiás - GO / 2024 - Considerando as metas internacionais para a segurança do paciente e com o objetivo de alertar para a importância do ato de higienizar as mãos, desde 2007 a Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza campanhas de sensibilização e conscientização de profissionais de saúde, governantes, administradores hospitalares e população em geral sobre a relevância do procedimento para a promoção da saúde em todo o mundo e instituiu a data de 5 de maio como o Dia Mundial de Higienização das Mãos. A campanha retoma os 5 momentos de higienização das mãos que devem ser seguidos pelos profissionais de saúde.

Dentre esses momentos, a opção que não contempla os cinco passos é:

- A antes e após contato com o paciente.
- B antes da realização de procedimento asséptico.
- C após risco de exposição a fluidos corporais.
- D antes e logo após calçar as luvas.

Comentários

Os cinco momentos para higienização das mãos são:

- Antes de contato com um paciente;
- Antes da realização de procedimentos assépticos;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Após contato com um paciente;
- Após contato com as áreas próximas ao paciente.

Alternativa: D.



4. FUNDATEC / Prefeitura de Vila Lângaro - RS / 2024 - Entre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, qual meta tem como objetivo "Promover a prevenção e controle das infecções em todas as unidades de atendimento a pacientes, por meio de um programa efetivo, com ênfase na importância da prática da higienização das mãos"?

- A Meta 5.
- B Meta 4.
- C Meta 3.
- D Meta 2.
- E Meta 1.

Comentários

São as metas:

- 1 - Identificar o paciente corretamente;
- 2 - Melhorar a eficácia da comunicação;
- 3 - Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância;
- 4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;

5 - Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde:

OBJETIVO

Promover a prevenção e controle das infecções em todas as unidades de atendimento a pacientes, por meio de um programa efetivo, com ênfase na importância da prática da higienização das mãos.

- 6 - Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.

Alternativa: A

5. IBADE Órgão: Prefeitura de Joinville - SC / IBADE / 2024 - De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, _____ é o comprometimento da estrutura ou da função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Assinale a alternativa que completa corretamente a lacuna do enunciado:

- A dano;
- B risco;
- C incidente;
- D near miss;
- E circunstância notificável.

Comentários:

III - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.



Alternativa: A.

6. FUNDATEC / Prefeitura de Araricá - RS / 2024 - O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde (MS), tem como objetivo qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. O pilar do PNSP são as seis Metas de Segurança do Paciente. Em relação às seis metas, analise as assertivas abaixo, assinalando V, se verdadeiras, ou F, se falsas.

() A identificação do paciente em emergência, ambulatório e hospital-dia, é realizada de forma diferenciada ao paciente internado, sendo realizada a identificação por meio de um cadastro prévio via sistema da instituição de saúde que presta serviços.

() Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos, é um procedimento operacional realizado por meio da higienização simples das mãos.

() Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço, etc.), incluindo vaso sanitário.

() A Lista de Verificação de Cirurgia Segura, como identificação do paciente, sítio cirúrgico, alergias do paciente, se divide somente em duas etapas da cirurgia: antes da incisão cirúrgica e antes da indução anestésica.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

A V – F – F – V.

B V – F – F – F.

C V – V – V – V.

D F – V – V – F.

E F – V – F – V.

Comentários

I Errada. A identificação de pacientes deve ser consistente em todas as áreas de atendimento da instituição de saúde, incluindo emergência, ambulatório e hospital-dia.

II e III Certas.

IV Errada. A Lista de Verificação de Cirurgia Segura é uma ferramenta recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotada pelo PNSP para aumentar a segurança cirúrgica. Ela se divide em três principais etapas: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de operações. Logo, a quarta assertiva é falsa, pois omite a etapa de conclusão da cirurgia.

Alternativa: E.



7. Instituto Access / Prefeitura de Cataguases - MG / 2024 - A quinta meta internacional de segurança do paciente que foi estabelecida pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é

- A identificar corretamente o paciente.
- B melhorar a comunicação entre profissionais de saúde.
- C reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.
- D higienizar as mãos para prevenir infecções.

Comentários

Olha como novamente está aparecendo!

Metas internacionais de segurança do paciente que foram estabelecidas pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS):

- 1 - Identificar o paciente corretamente;
- 2 - Melhorar a eficácia da comunicação;
- 3 - Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância;
- 4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;

5 - Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde:

OBJETIVO

Promover a prevenção e controle das infecções em todas as unidades de atendimento a pacientes, por meio de um programa efetivo, com ênfase na importância da prática da higienização das mãos.

- 6 - Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.

Alternativa: D.

8. FUNCERN / Prefeitura de Guimarães - RN / 2024 - O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado em 2013 para contribuir com a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Junto ao programa, foram divulgados os protocolos básicos de segurança que são documentos originários de consenso técnico-científico. Representam dois desses protocolos os de:

- A identificação do paciente e prevenção de quedas.
- B identificação do paciente e prevenção de tromboembolismo venoso.
- C prevenção de quedas e tromboembolismo venoso.
- D prevenção de tromboembolismo venoso e violência nos serviços.

Comentários

A correta identificação do paciente é vital para garantir que cada indivíduo receba o tratamento e cuidado apropriados, evitando erros como a administração de medicamentos incorretos ou procedimentos desnecessários. Já a prevenção de quedas é crucial, pois as quedas em ambientes de saúde podem ter consequências graves, especialmente para pacientes idosos ou com condições pré-existentes, aumentando o tempo de hospitalização e os riscos de complicações.



Exceto a alternativa A que contempla a explanação acima, as demais contemplam pontos que não são tais metas, tais como tromboembolismo venoso e violência nos serviços.

Alternativa: A.

9. Instituto Access / Prefeitura de Cataguases - MG / 2024 - A JCI e a OMS estabeleceram seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações de assistência consideradas de maior risco. Assinale a alternativa que corresponde à quarta meta.

- A identificação do paciente
- B comunicação efetiva
- C uso seguro de medicamentos de alta vigilância
- D cirurgia segura

Comentários

E lá vamos nós, novamente, falar da ordem das metas:

- 1 - Identificar o paciente corretamente;
- 2 - Melhorar a eficácia da comunicação;
- 3 - Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância;
- 4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- 5 - Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde.
- 6 - Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.

Alternativa: D.

10. IBFC / Prefeitura de Fortaleza - CE / 2024 - De acordo com a Resolução – RDC n. 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, analise as afirmativas abaixo.

I. Esta resolução se aplica aos serviços móveis e de atenção domiciliar.

II. Para efeitos desta resolução, adota-se como definição de garantia de qualidade a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

III. Compete ao Núcleo de Segurança do Paciente, entre outros, estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.

IV. O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para, entre outros, prevenção de quedas dos pacientes.

Estão corretas as afirmativas:

- A I e II apenas
- B I e IV apenas



- C II e IV apenas
- D II e III apenas
- E III e IV apenas

Comentários

Correções:

I Errada. Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

II - Trata-se da definição de Gestão de Risco.

Alternativa: E.

11. FUNDEP (Gestão de Concursos) / HRTN - MG / 2024 - No cuidado em saúde, a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário denomina-se

- A incidente.
- B segurança do paciente.
- C evento adverso.
- D dano.

Comentários

A segurança do paciente é um componente fundamental da qualidade do cuidado em saúde e envolve a implementação de medidas preventivas, protocolos de segurança e treinamentos contínuos para os profissionais de saúde, com o objetivo de evitar erros, incidentes e eventos adversos. Note que, geralmente, não é possível sanar totalmente os riscos, mas reduzi-lo, ao máximo.

Alternativa: B

12. FUNCERN / IF-RN / 2024 - A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 36, de 25 de julho de 2013, representa o marco normativo das ações para a segurança do paciente em serviços de saúde no território brasileiro. Entre as recomendações contidas na normativa, está a elaboração de um documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão desses riscos. Esse documento é denominado de:

- A Núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde.
- B Pacto de segurança do paciente em serviços de saúde.
- C Plano de segurança do paciente em serviços de saúde.
- D Programa de segurança do paciente em serviços de saúde

Comentários

Trata-se do Plano de Segurança do Paciente. Este plano é um documento essencial que cada serviço de saúde deve elaborar e implementar. Ele deve conter uma análise das situações de



risco para os pacientes e descrever as estratégias e ações que o serviço de saúde pretende adotar para gerenciar e mitigar esses risco.

Alternativa: C.

13. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Campanha - MG / 2024 - Em relação ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), assinale a alternativa **incorreta**.

A Evento adverso é definido como “cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança”.

B Os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos, representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde.

C As ações do PNSP articulam-se com os objetivos da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS).

D O PNSP tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Comentários

Veja as correções da letra A.

Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde.

Cultura de segurança: cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.

Alternativa: A.

14. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Curvelo - MG / 2024 - Com relação às ações para promoção da segurança do paciente de acordo com a Resolução RDC no 36, de 25 de julho de 2013, assinale com V as afirmativas verdadeiras e com F as falsas.

() A direção de serviços de saúde civis ou militares deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente.

() A notificação de eventos adversos deve ser realizada trimestralmente pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

() Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 48 horas a partir do ocorrido.

() No caso de serviços públicos ambulatoriais, pode ser constituído um Núcleo de Segurança do Paciente para o conjunto destes.

Assinale a sequência correta.

A V F V F

B F V F V

C V F F V

D F V V F

Comentários

I - V



II - F A notificação de eventos adversos deve ser realizada MENSALMENTE pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

III - F Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 horas a partir do ocorrido.

IV - V

Alternativa: C.

15. Instituto Access / Prefeitura de Domingos Martins - ES / 2024 - Incidente de segurança de paciente é um evento ou circunstância que possa ter resultado, ou resultou em um dano desnecessário ao paciente. No exemplo a seguir, o técnico de enfermagem, ao verificar que a diluição do medicamento está errada, não administra a medicação e a devolve à farmácia. É correto classificar como

A evento adverso.

B near miss.

C incidente sem dano.

D never events.

Comentários

Note que houve um Quase Erro, que foi percebido ANTES do fato ter sido consumado. O nome deste tipo de ocorrência é NEAR MISS.

Alternativa: B.

16. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Lavras - MG / 2023 - Os serviços de saúde compreendidos na RDC nº 36, de 2013, devem constituir o Núcleo de Segurança do Paciente. Analise os itens a seguir sobre os princípios e diretrizes desse núcleo.

I. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.

II. A disseminação sistemática da cultura de segurança.

III. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.

IV. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

São princípios e diretrizes que devem ser adotadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente

A I e II, apenas.

B III e IV, apenas.

C II e III, apenas.

D I, II, III e IV.

Comentários

Exatamente conforme o Art. 6º:

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes PRINCÍPIOS E DIRETRIZES:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.



Alternativa: D.

17. NC-UFPR / UFPR / 2023 - Sobre segurança do paciente, assinale a alternativa correta.

A O Plano de Segurança do Paciente é um documento que descreve as estratégias e ações definidas pelo paciente a fim de que esse paciente se sinta seguro em todas as circunstâncias do seu internamento.

B O controle rigoroso das ações de segurança do paciente é função da equipe gerencial do hospital.

C A comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde é fundamental para o bom andamento do cuidado ao paciente, mas não descreve, em si, uma ação de segurança.

D Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada favorece a ocorrência de eventos adversos, pois estes não estão devidamente capacitados para executar as ações de saúde.

E O técnico de enfermagem é capaz de promover ações de segurança do paciente quando previne úlceras por pressão, previne quedas do paciente, higieniza corretamente as mãos, promove as conferências adequadas na administração de medicamentos e registra suas ações no prontuário.

Comentários

A Errada. Está meio "Disney" demais essa resposta. Vamos lembrar do conceito: **documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco** visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

B Errada. É função de todos os profissionais.

C Errada. A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deva ser elaborados e implantados: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

D Errada. Incluir o paciente e os familiares REDUZ a ocorrência de eventos adversos.

E Certa. Ele cita o técnico de enfermagem, mas poderia ser outro profissional, desde que atendesse os protocolos válidos vigentes.

Alternativa: E.

18. FUNCERN / Prefeitura de Junco do Seridó - PB / 2023 - As seis metas internacionais para segurança do paciente são:

A identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.



B identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia das relações interpessoais; garantir cuidados na administração de medicamentos; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.

C identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e elevar a atenção para segurança na mobilização dos pacientes.

D identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia das relações interpessoais; garantir cuidados na administração de medicamentos; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e prevenir o surgimento de lesões por pressão.

Comentários

- Identificar o paciente corretamente
- Melhorar a eficácia da comunicação
- Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância
- Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto
- Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde
- Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas

Alternativa: A.

19. FUNDATEC / GHC-RS / 2023 - De acordo com os termos referentes à Segurança do Paciente e seus conceitos, relacione a Coluna 1 à Coluna 2.

Coluna 1

1. Dano.
2. Incidente.
3. Near miss.
4. Risco.

Coluna 2

() Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

() Probabilidade de um incidente ocorrer.

() Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

() Incidente que não atingiu o paciente.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

A 1 – 2 – 3 – 4.



- B 2 – 4 – 1 – 3.
- C 2 – 3 – 4 – 1.
- D 3 – 2 – 1 – 4.
- E 4 – 1 – 3 – 2.

Comentários

(Incidente) Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

(Risco) Probabilidade de um incidente ocorrer.

(Dano) Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

(Near miss) Incidente que não atingiu o paciente.

Alternativa: B.

20. FUNDATEC / Prefeitura de Porto Alegre - RS / 2022 - De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2014), sobre as metas de segurança do paciente, assinale a alternativa correta.

- A Meta 1 – Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.
- B Meta 4 – Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto.
- C Meta 2 – Identificação correta do paciente.
- D Meta 5 – Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- E Meta 6 – Higienizar as mãos para evitar infecção.

Comentários

Metas internacionais de segurança do paciente que foram estabelecidas pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS). São elas:

- 1- Identificar o paciente corretamente;
- 2- Melhorar a eficácia da comunicação;
- 3 - Melhorar a segurança dos medicamentos de alta - vigilância;
- 4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- 5 - Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde;
- 6 - Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.

Alternativa: B.

21. IBFC / Prefeitura de Contagem - MG / 2022 - Em conformidade com as disposições da Resolução - RDC N° 36, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, assinale a alternativa **incorreta**.

- A Compete ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde



B O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde

C A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

D Por segurança do paciente, deve-se compreender a maximização a um máximo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde

Comentários

O conceito de Segurança do Paciente se traduz na redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Todas as demais informações acerca do NPS servem de revisão.

Alternativa: D.

22. IBADE / INOVA Capixaba - ES / 2022 - De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde, marque a alternativa que conceitua near miss:

A incidente que não atingiu o paciente.

B incidente com potencial dano ou lesão.

C incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.

D probabilidade de um incidente ocorrer.

E incidente que resultou em dano ao paciente.

Comentários

De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde, o conceito de near miss é definido como um incidente que não atingiu o paciente. Ou seja, trata-se de uma situação de risco que poderia ter resultado em um evento adverso para o paciente, mas que foi evitada antes que isso ocorresse. É importante destacar que, apesar de não ter atingido o paciente, o near miss deve ser investigado e analisado para prevenir que situações semelhantes ocorram no futuro.

Alternativa: A.

23. FGV / TJ-DFT / 2022 - A sexta Meta Internacional de Segurança do Paciente tem como objetivo ações voltadas para:

A identificação correta do paciente;

B redução do risco de lesões e quedas;

C higienização correta das mãos;

D melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde;

E melhoria da segurança na prescrição e uso de medicamentos.

Comentários

1 identificação correta do paciente



- 2 comunicação efetiva
 - 3 melhorar a segurança dos medicamentos
 - 4 cirurgia segura
 - 5 reduzir o risco de infecção associado ao cuidado
 - 6 reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de QUEDAS
- Alternativa: B.

24. CEBRASPE / HUB / 2022 - De acordo com a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, criada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e a Resolução RDC n.º 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, julgue o item que se segue.

A quarta meta de segurança internacional da OMS prevê que seja assegurada cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.

Comentários

A quarta meta de segurança internacional da OMS prevê que seja assegurada cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos. Com a implementação da meta é possível prever que a equipe crie protocolos que podem evitar que erros durante o processo possam ocorrer, instituindo registros e duplas conferências que podem evitar enganos durante a realização da cirurgia.

Alternativa: Certo.

25. FCC / AL-AP / 2021 - Um enfermeiro conectou uma bolsa de hemocomponente em um paciente errado, contudo, antes de iniciar a infusão ele detectou a falha e imediatamente removeu a bolsa do paciente e notificou ao Núcleo de Segurança do Paciente da instituição. De acordo com a Anvisa este incidente é classificado como

- A simple adverse.
- B evento com dano moderado.
- C evento adverso.
- D evento sem dano grave.
- E near miss.

Comentários

Em geral, o "near miss" é o que mais cai. Como tudo foi detectado antes da ocorrência do fato, este é o conceito. Revise os demais, novamente.

- Segurança do Paciente: reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado.
- Gestão de Risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetem a segurança do paciente.
- Dano: comprometimento de estrutura e função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo.
- Risco: probabilidade de um incidente ocorrer



- Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente.
- Near Miss: (QUASE ERRO) incidente que não atingiu o paciente
- Incidente sem lesão: atingiu, mas não causou dano
- Evento adverso: resultou em dano

Alternativa: E.

26. FUNDATEC / Prefeitura de Ivoti - RS / 2021 - O gerenciamento de risco (GR) vem sendo utilizado pelas organizações de saúde como um processo investigativo e técnico-científico para alcançar a qualidade da prestação de serviços e a segurança dos pacientes. Referente ao GR, analise as seguintes assertivas e assinale V, se verdadeiras, ou F, se falsas.

- () Os eventos adversos são danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados à evolução natural da doença de base.
- () As notificações são oportunidades de aprender com os erros, seja pela farmacovigilância, pela tecnovigilância, pela hemovigilância ou pela notificação de incidentes assistenciais.
- () O GR visa reduzir ao mínimo possível os impactos dos riscos na organização, utilizando um conjunto de técnicas que visa minimizar os efeitos dos danos, direcionando tratamento aos riscos que possam vir a causar danos.
- () O enfermeiro iria colocar uma bolsa de sangue em um paciente homônimo àquele que não deveria receber essa bolsa, mas percebe antes de instalar. Essa ação gerou um evento adverso.
- () O incidente de near miss é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

A ordem correta de preenchimentos dos parênteses, de cima para baixo, é:

- A V – V – V – F – V
- B F – F – F – V – V.
- C F – F – V – V – V.
- D V – V – F – F – F.
- E V – V – V – F – F.

Comentários

Correção apenas na última assertiva:

*Near miss : Incidente que não atingiu o paciente.

*Evento Adverso: Incidente que resulta em dano ao paciente.

Alternativa: A.

27. FADESP / UEPA / 2020 - A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em razão da magnitude que os Eventos Adversos têm no Brasil. No âmbito dos objetivos específicos estabelecidos nessa Portaria, considera-se a seguinte recomendação:



A promover a produção de cartazes distribuídos por todas as instituições em que constem os passos do Programa Nacional de Segurança do Paciente e processos de aprimoramento da equipe de Enfermeiros gestores e assistenciais de enfermagem sobre segurança do paciente.

B estimular a cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, incluindo os processos de responsabilização individual.

C produzir e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente exclusivamente para profissionais de saúde que atuam em instituições de saúde. O assunto segurança do paciente não deve ser atividade curricular no ensino técnico, na graduação e na pós-graduação na área da saúde.

D promover e apoiar a implementação de iniciativas direcionadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.

Comentários

Art. 3º Constituem-se OBJETIVOS ESPECÍFICOS do PNSP:

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Alternativa: D.

28. IADES / SES-DF / 2020 - Entre os conceitos de cultura de segurança do paciente, descritos na Portaria no 529/2013 — MS/GM tem-se a cultura que prioriza metas financeiras e operacionais acima da segurança do paciente.

Comentários

Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;

2) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;

3) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

4) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e



5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Alternativa: Errada.

29. IADES / SES-DF / 2020 - A Portaria nº 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). A esse respeito, julgue o item a seguir.

A implementação sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes, constitui estratégia de implementação do PNSP.

Comentários

Art. 5º Constituem-se estratégias de implementação do PNSP:

I - elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;

II - promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;

III - inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;

IV - implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;

V - implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes; (conforme o enunciado)

VI - promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; e

VII - articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

Alternativa: Certa.

30. IBFC / EBSEH / 2020 - Dentre os princípios e diretrizes adotados pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 36, de 25 de julho de 2013, assinale a alternativa correta.

A A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde

B A disseminação local da cultura de segurança

C A desarticulação e a integração dos processos de gestão de vetores

D A garantia das más condições das instalações do serviço de saúde

E O fortalecimento da cultura do medo em se trabalhar em serviços de saúde, pois assim os profissionais se previnem mais

Comentários

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:



- I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Resposta: A.

31. CEBRASPE / HUB / 2020 - No que diz respeito aos conceitos relevantes na área de segurança do paciente e às principais estratégias para a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), julgue o item subsequente.

Segurança do paciente consiste na redução total do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde.

Comentários

Segurança do paciente consiste na redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável e não o total do risco, pois sempre há riscos de complicações que não é possível serem evitadas, como por exemplo, o desenvolvimento de uma alergia a medicamento que o paciente não sabia e não relatou.

Alternativa: Errada.

32. Prefeitura de São Roque do Canaã - ES / Prefeitura de São Roque do Canaã - ES / 2020 - Sobre o tema "Segurança do paciente em serviços de saúde", marque a alternativa **INCORRETA**:

A As ações estabelecidas são estendidas a todos os serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

B Compete ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde, bem como desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde.

C Segurança do paciente se refere a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

D A cultura da segurança refere-se a um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

E O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como: mecanismos de identificação do paciente e orientações para a higienização das mãos.

Comentários

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.



Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

Alternativa: A.

33. CEBRASPE / HUB / 2020 - No que diz respeito aos conceitos relevantes na área de segurança do paciente e às principais estratégias para a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), julgue o item subsequente.

Uma das características da cultura de segurança de organizações é a resolução dos problemas relacionados à segurança, seguida da punição dos responsáveis por esses problemas.

Comentários

Segundo a Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013 que Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

V - Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Alternativa: Errada.

34. INSTITUTO AOCP / UFPB / 2019 - De acordo com a RDC n° 36, de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, assinale a alternativa correta.

A Essa Resolução se aplica aos consultórios individualizados, laboratórios clínicos e serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

B Cada serviço público de saúde ambulatorial deverá, obrigatoriamente, constituir um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição.

C O NSP deverá notificar os eventos adversos que evoluírem para óbito em até 48 horas a partir do ocorrido, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.

D Entre os princípios e diretrizes do NSP, estão: 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; e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.



E É competência do NSP divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde.

Comentários

A Errada. Lembre-se do Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

B Errada Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. E NÃO SOMENTE OS AMBULATÓRIOS.

C Errada. Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

D Certa. Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

E Errada. Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigiância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Resposta: D.

35. FUNDATEC / Prefeitura de Capão da Canoa - RS / 2019 - Conforme a Portaria nº 529/2013, a qual institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), são adotadas as seguintes definições, EXCETO:

A Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

B Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

C Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.

D Cultura de Segurança: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção.

E Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Comentários

Achou o erro?

A cultura de segurança descrita na "D" é a descrição de DANO. Vamos rever o que é, realmente, Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:



- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Resposta: D.

36. SELECON / Prefeitura de Boa Vista - RR / 2019 - Segundo a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu as ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde, os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados, a partir do ocorrido, em um prazo máximo de:

- A 15º dia útil do mês subsequente
- B 24 horas subsequentes
- C 96 horas
- D 72 horas

Comentários

Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Resposta: D.

37. COSEAC / UFF / 2019 - De acordo com a RDC nº 36, de julho de 2013, todos os serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, devem constituir instância para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, que terá a denominação de:

- A gerência de risco e segurança.
- B vigilância em saúde.
- C serviço de acreditação.
- D núcleo de segurança do paciente.
- E setor de educação permanente.

Comentários

Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.



Definições

VIII – núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Alternativa: D.

38. UFPR / UFPR / 2019 - Os membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) devem ter autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Para o desempenho das atribuições dos NSP, a direção do serviço de saúde:

A deve constituir uma equipe de enfermeiros que não estejam ligados a nenhuma outra comissão da instituição.

B pode assumir as atribuições do NSP e indicar profissionais de saúde que façam o acompanhamento dos eventos adversos.

C deve constituir uma equipe de profissionais que estejam disponíveis para o acompanhamento dos eventos adversos.

D pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes.

E pode instituir o NSP, de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, físicos e materiais da instituição.

Comentários

Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

§ 2º No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

Alternativa: D.

39. FUNDATEC / Prefeitura de Gramado / 2019 - No artigo 4º da Portaria nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, são adotadas algumas definições. Sendo assim, relacione a Coluna 1 à Coluna 2.

Coluna 1

1. Dano.
2. Incidente.
3. Evento adverso.
4. Cultura de segurança.
5. Segurança do paciente.

Coluna 2



- () Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- () Incidente que resulta em dano ao paciente.
- () Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- A 1 – 2 – 4.
- B 3 – 1 – 5.
- C 2 – 1 – 4.
- D 2 – 3 – 5.
- E 1 – 3 – 4.

Comentários

(INCIDENTE) Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

(EVENTO ADVERSO) Incidente que resulta em dano ao paciente.

(SEGURANÇA DO PACIENTE) Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Resposta: D.

40. UFLA / UFLA / 2018 - O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS no 529/2013, objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Neste sentido, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Anvisa nº 36/2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. São ações do programa, EXCETO:

- A Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde.
- B Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.
- C Executar procedimentos com técnica asséptica.
- D Higienizar as mãos para evitar infecções.

Comentários

O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV - identificação do paciente;
- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;



- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII - promoção do ambiente seguro

Resposta: C.

41. UFPR/UFPR/2018 - Os membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) devem ter autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Para o desempenho das atribuições dos NSP, a direção do serviço de saúde:

- A deve constituir uma equipe de enfermeiros que não estejam ligados a nenhuma outra comissão da instituição.
- B pode assumir as atribuições do NSP e indicar profissionais de saúde que façam o acompanhamento dos eventos adversos.
- C deve constituir uma equipe de profissionais que estejam disponíveis para o acompanhamento dos eventos adversos.
- D pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes.
- E pode instituir o NSP, de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, físicos e materiais da instituição.

Comentários

Conforme parágrafo primeiro do Art. 4º - A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

Resposta: D.

42. AOCP / SES-PE / 2018 - Em relação à Resolução RDC nº 36/2013 do Ministério da Saúde, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, é correto afirmar que A risco é definido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção de caráter físico, exclusivamente



B acidente é definido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico

C os incidentes que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 24 (vinte e quatro) horas a partir do ocorrido

D os incidentes que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 96 (noventa e seis) horas a partir do ocorrido

E a notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente pelo núcleo de segurança do paciente, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa

Comentários

A e B Erradas. Isso é dano.

C e D Erradas. Os incidentes que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 horas a partir do ocorrido.

E Certa.

Resposta: E

43. IDIB / CREMERJ / 2018 - A Resolução da Anvisa no 36, de 25 de julho de 2013 tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Segundo esta resolução, compete ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), as seguintes ações, exceto:

A Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

B Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

C Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

D Divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde.

Comentários

Esta competência é da ANVISA:

II - divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde.

Alternativa: D.

GABARITO

1. E

2. B

3. D



- | | | | | | |
|-----|---|-----|--------|-----|--------|
| 4. | A | 17. | E | 30. | A |
| 5. | A | 18. | A | 31. | ERRADA |
| 6. | E | 19. | B | 32. | A |
| 7. | D | 20. | B | 33. | ERRADA |
| 8. | A | 21. | D | 34. | D |
| 9. | D | 22. | A | 35. | D |
| 10. | E | 23. | B | 36. | D |
| 11. | B | 24. | CERTA | 37. | D |
| 12. | C | 25. | E | 38. | D |
| 13. | A | 26. | A | 39. | D |
| 14. | C | 27. | D | 40. | C |
| 15. | B | 28. | ERRADA | 41. | D |
| 16. | D | 29. | CERTA | 42. | E |
| | | | | 43. | C |

LISTA DE QUESTÕES

1. FUNDATEC / Prefeitura de Bagé - RS / 2024 - Em relação ao Programa Nacional de Segurança do Paciente, analise as assertivas abaixo e assinale V, se verdadeiras, ou F, se falsas.

() Dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

() Evento adverso é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

() Gestão de risco é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional

A V – F – F.

B F – V – F.

C V – V – V.

D F – V – V.

E V – F – V.

2. Aroeira / Prefeitura de Campo Alegre de Goiás - GO / 2024 - Desde os primórdios da medicina, Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado Primum non nocere, que significa – primeiro não cause o dano. A segurança do paciente está baseada também nesse postulado,



entendendo que para isso é importante criar a cultura de segurança do paciente. Essa cultura está descrita corretamente em qual alternativa abaixo?

- A Cultura que prioriza metas financeiras e operacionais acima da segurança.
- B Cultura na qual todos os trabalhadores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.
- C Cultura que supervisiona e penaliza os trabalhadores que cometem erros e acidentes.
- D Cultura que responsabiliza o profissional por proporcionar recursos, estrutura e manutenção efetiva de sua própria segurança.

3. Aroeira / Prefeitura de Campo Alegre de Goiás - GO / 2024 - Considerando as metas internacionais para a segurança do paciente e com o objetivo de alertar para a importância do ato de higienizar as mãos, desde 2007 a Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza campanhas de sensibilização e conscientização de profissionais de saúde, governantes, administradores hospitalares e população em geral sobre a relevância do procedimento para a promoção da saúde em todo o mundo e instituiu a data de 5 de maio como o Dia Mundial de Higienização das Mãos. A campanha retoma os 5 momentos de higienização das mãos que devem ser seguidos pelos profissionais de saúde.

Dentre esses momentos, a opção que não contempla os cinco passos é:

- A antes e após contato com o paciente.
- B antes da realização de procedimento asséptico.
- C após risco de exposição a fluidos corporais.
- D antes e logo após calçar as luvas.

4. FUNDATEC / Prefeitura de Vila Lângaro - RS / 2024 - Entre as Metas Internacionais de Segurança do Paciente, qual meta tem como objetivo "Promover a prevenção e controle das infecções em todas as unidades de atendimento a pacientes, por meio de um programa efetivo, com ênfase na importância da prática da higienização das mãos"?

- A Meta 5.
- B Meta 4.
- C Meta 3.
- D Meta 2.
- E Meta 1.

5. IBADE Órgão: Prefeitura de Joinville - SC / IBADE / 2024 - De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, _____ é o comprometimento da estrutura ou da função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Assinale a alternativa que completa corretamente a lacuna do enunciado:

- A dano;



- B risco;
- C incidente;
- D near miss;
- E circunstância notificável.

6. FUNDATEC / Prefeitura de Araricá - RS / 2024 - O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde (MS), tem como objetivo qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. O pilar do PNSP são as seis Metas de Segurança do Paciente. Em relação às seis metas, analise as assertivas abaixo, assinalando V, se verdadeiras, ou F, se falsas.

() A identificação do paciente em emergência, ambulatório e hospital-dia, é realizada de forma diferenciada ao paciente internado, sendo realizada a identificação por meio de um cadastro prévio via sistema da instituição de saúde que presta serviços.

() Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos, é um procedimento operacional realizado por meio da higienização simples das mãos.

() Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço, etc.), incluindo vaso sanitário.

() A Lista de Verificação de Cirurgia Segura, como identificação do paciente, sítio cirúrgico, alergias do paciente, se divide somente em duas etapas da cirurgia: antes da incisão cirúrgica e antes da indução anestésica.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- A V – F – F – V.
- B V – F – F – F.
- C V – V – V – V.
- D F – V – V – F.
- E F – V – F – V.

7. Instituto Access / Prefeitura de Cataguases - MG / 2024 - A quinta meta internacional de segurança do paciente que foi estabelecida pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é

- A identificar corretamente o paciente.
- B melhorar a comunicação entre profissionais de saúde.
- C reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.
- D higienizar as mãos para prevenir infecções.



8. FUNCERN / Prefeitura de Guimarães - RN / 2024 - O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado em 2013 para contribuir com a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Junto ao programa, foram divulgados os protocolos básicos de segurança que são documentos originários de consenso técnico-científico. Representam dois desses protocolos os de:

- A identificação do paciente e prevenção de quedas.
- B identificação do paciente e prevenção de tromboembolismo venoso.
- C prevenção de quedas e tromboembolismo venoso.
- D prevenção de tromboembolismo venoso e violência nos serviços..

9. Instituto Access / Prefeitura de Cataguases - MG / 2024 - A JCI e a OMS estabeleceram seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações de assistência consideradas de maior risco. Assinale a alternativa que corresponde à quarta meta.

- A identificação do paciente
- B comunicação efetiva
- C uso seguro de medicamentos de alta vigilância
- D cirurgia segura

10. IBFC / Prefeitura de Fortaleza - CE / 2024 - De acordo com a Resolução – RDC n. 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, analise as afirmativas abaixo.

- I. Esta resolução se aplica aos serviços móveis e de atenção domiciliar.
- II. Para efeitos desta resolução, adota-se como definição de garantia de qualidade a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.
- III. Compete ao Núcleo de Segurança do Paciente, entre outros, estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde.
- IV. O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para, entre outros, prevenção de quedas dos pacientes.

Estão corretas as afirmativas:

- A I e II apenas
- B I e IV apenas
- C II e IV apenas
- D II e III apenas
- E III e IV apenas



11. FUNDEP (Gestão de Concursos) / HRTN - MG / 2024 - No cuidado em saúde, a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário denomina-se

- A incidente.
- B segurança do paciente.
- C evento adverso.
- D dano.

12. FUNCERN / IF-RN / 2024 - A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 36, de 25 de julho de 2013, representa o marco normativo das ações para a segurança do paciente em serviços de saúde no território brasileiro. Entre as recomendações contidas na normativa, está a elaboração de um documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão desses riscos. Esse documento é denominado de:

- A Núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde.
- B Pacto de segurança do paciente em serviços de saúde.
- C Plano de segurança do paciente em serviços de saúde.
- D Programa de segurança do paciente em serviços de saúde

13. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Campanha - MG / 2024 - Em relação ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), assinale a alternativa **incorreta**.

- A Evento adverso é definido como “cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança”.
- B Os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos, representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde.
- C As ações do PNSP articulam-se com os objetivos da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS).
- D O PNSP tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

14. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Curvelo - MG / 2024 - Com relação às ações para promoção da segurança do paciente de acordo com a Resolução RDC no 36, de 25 de julho de 2013, assinale com V as afirmativas verdadeiras e com F as falsas.

- () A direção de serviços de saúde civis ou militares deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente.
- () A notificação de eventos adversos deve ser realizada trimestralmente pelo Núcleo de Segurança do Paciente.
- () Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 48 horas a partir do ocorrido.
- () No caso de serviços públicos ambulatoriais, pode ser constituído um Núcleo de Segurança do Paciente para o conjunto destes.



Assinale a sequência correta.

- A V F V F
- B F V F V
- C V F F V
- D F V V F

15. Instituto Access / Prefeitura de Domingos Martins - ES / 2024 - Incidente de segurança de paciente é um evento ou circunstância que possa ter resultado, ou resultou em um dano desnecessário ao paciente. No exemplo a seguir, o técnico de enfermagem, ao verificar que a diluição do medicamento está errada, não administra a medicação e a devolve à farmácia. É correto classificar como

- A evento adverso.
- B near miss.
- C incidente sem dano.
- D never events.

16. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Lavras - MG / 2023 - Os serviços de saúde compreendidos na RDC nº 36, de 2013, devem constituir o Núcleo de Segurança do Paciente. Analise os itens a seguir sobre os princípios e diretrizes desse núcleo.

- I. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.
- II. A disseminação sistemática da cultura de segurança.
- III. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.
- IV. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

São princípios e diretrizes que devem ser adotadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente

- A I e II, apenas.
- B III e IV, apenas.
- C II e III, apenas.
- D I, II, III e IV.

17. NC-UFPR / UFPR / 2023 - Sobre segurança do paciente, assinale a alternativa correta.

- A O Plano de Segurança do Paciente é um documento que descreve as estratégias e ações definidas pelo paciente a fim de que esse paciente se sinta seguro em todas as circunstâncias do seu internamento.
- B O controle rigoroso das ações de segurança do paciente é função da equipe gerencial do hospital.
- C A comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde é fundamental para o bom andamento do cuidado ao paciente, mas não descreve, em si, uma ação de segurança.
- D Estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada favorece a ocorrência de eventos adversos, pois estes não estão devidamente capacitados para executar as ações de saúde.



E O técnico de enfermagem é capaz de promover ações de segurança do paciente quando previne úlceras por pressão, previne quedas do paciente, higieniza corretamente as mãos, promove as conferências adequadas na administração de medicamentos e registra suas ações no prontuário.

18. FUNCERN / Prefeitura de Junco do Seridó - PB / 2023 - As seis metas internacionais para segurança do paciente são:

A identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.

B identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia das relações interpessoais; garantir cuidados na administração de medicamentos; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas.

C identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia da comunicação; melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e elevar a atenção para segurança na mobilização dos pacientes.

D identificar o paciente corretamente; melhorar a eficácia das relações interpessoais; garantir cuidados na administração de medicamentos; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e prevenir o surgimento de lesões por pressão.

19. FUNDATEC / GHC-RS / 2023 - De acordo com os termos referentes à Segurança do Paciente e seus conceitos, relacione a Coluna 1 à Coluna 2.

Coluna 1

1. Dano.
2. Incidente.
3. Near miss.
4. Risco.

Coluna 2

() Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

() Probabilidade de um incidente ocorrer.

() Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

() Incidente que não atingiu o paciente.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:



- A 1 – 2 – 3 – 4.
- B 2 – 4 – 1 – 3.
- C 2 – 3 – 4 – 1.
- D 3 – 2 – 1 – 4.
- E 4 – 1 – 3 – 2.

20. FUNDATEC / Prefeitura de Porto Alegre - RS / 2022 - De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (2014), sobre as metas de segurança do paciente, assinale a alternativa correta.

- A Meta 1 – Reduzir o risco de quedas e lesão por pressão.
- B Meta 4 – Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto.
- C Meta 2 – Identificação correta do paciente.
- D Meta 5 – Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- E Meta 6 – Higienizar as mãos para evitar infecção.

21. IBFC / Prefeitura de Contagem - MG / 2022 - Em conformidade com as disposições da Resolução - RDC Nº 36, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, assinale a alternativa **incorreta**.

- A Compete ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
- B O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde
- C A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde
- D Por segurança do paciente, deve-se compreender a maximização a um máximo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde

22. IBADE / INOVA Capixaba - ES / 2022 - De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde, marque a alternativa que conceitua near miss:

- A incidente que não atingiu o paciente.
- B incidente com potencial dano ou lesão.
- C incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
- D probabilidade de um incidente ocorrer.
- E incidente que resultou em dano ao paciente.

23. FGV / TJ-DFT / 2022 - A sexta Meta Internacional de Segurança do Paciente tem como objetivo ações voltadas para:



- A identificação correta do paciente;
- B redução do risco de lesões e quedas;
- C higienização correta das mãos;
- D melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde;
- E melhoria da segurança na prescrição e uso de medicamentos.

24. CEBRASPE / HUB / 2022 - De acordo com a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, criada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e a Resolução RDC n.º 36/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, julgue o item que se segue.

A quarta meta de segurança internacional da OMS prevê que seja assegurada cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.

25. FCC / AL-AP / 2021 - Um enfermeiro conectou uma bolsa de hemocomponente em um paciente errado, contudo, antes de iniciar a infusão ele detectou a falha e imediatamente removeu a bolsa do paciente e notificou ao Núcleo de Segurança do Paciente da instituição. De acordo com a Anvisa este incidente é classificado como

- A simple adverse.
- B evento com dano moderado.
- C evento adverso.
- D evento sem dano grave.
- E near miss.

26. FUNDATEC / Prefeitura de Ivoti - RS / 2021 - O gerenciamento de risco (GR) vem sendo utilizado pelas organizações de saúde como um processo investigativo e técnico-científico para alcançar a qualidade da prestação de serviços e a segurança dos pacientes. Referente ao GR, analise as seguintes assertivas e assinale V, se verdadeiras, ou F, se falsas.

- () Os eventos adversos são danos não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não relacionados à evolução natural da doença de base.
- () As notificações são oportunidades de aprender com os erros, seja pela farmacovigilância, pela tecnovigilância, pela hemovigilância ou pela notificação de incidentes assistenciais.
- () O GR visa reduzir ao mínimo possível os impactos dos riscos na organização, utilizando um conjunto de técnicas que visa minimizar os efeitos dos danos, direcionando tratamento aos riscos que possam vir a causar danos.
- () O enfermeiro iria colocar uma bolsa de sangue em um paciente homônimo àquele que não deveria receber essa bolsa, mas percebe antes de instalar. Essa ação gerou um evento adverso.
- () O incidente de near miss é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

A ordem correta de preenchimentos dos parênteses, de cima para baixo, é:



- A V – V – V – F – V
- B F – F – F – V – V.
- C F – F – V – V – V.
- D V – V – F – F – F.
- E V – V – V – F – F.

27. FADESP / UEPA / 2020 - A Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, do Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em razão da magnitude que os Eventos Adversos têm no Brasil. No âmbito dos objetivos específicos estabelecidos nessa Portaria, considera-se a seguinte recomendação:

A promover a produção de cartazes distribuídos por todas as instituições em que constem os passos do Programa Nacional de Segurança do Paciente e processos de aprimoramento da equipe de Enfermeiros gestores e assistenciais de enfermagem sobre segurança do paciente.

B estimular a cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, incluindo os processos de responsabilização individual.

C produzir e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente exclusivamente para profissionais de saúde que atuam em instituições de saúde. O assunto segurança do paciente não deve ser atividade curricular no ensino técnico, na graduação e na pós-graduação na área da saúde.

D promover e apoiar a implementação de iniciativas direcionadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.

28. IADES / SES-DF / 2020 - Entre os conceitos de cultura de segurança do paciente, descritos na Portaria no 529/2013 — MS/GM tem-se a cultura que prioriza metas financeiras e operacionais acima da segurança do paciente.

29. IADES / SES-DF / 2020 - A Portaria nº 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). A esse respeito, julgue o item a seguir.

A implementação sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes, constitui estratégia de implementação do PNSP.

30. IBFC / EBSEH / 2020 - Dentre os princípios e diretrizes adotados pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 36, de 25 de julho de 2013, assinale a alternativa correta.

- A A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde
- B A disseminação local da cultura de segurança



- C A desarticulação e a integração dos processos de gestão de vetores
- D A garantia das más condições das instalações do serviço de saúde
- E O fortalecimento da cultura do medo em se trabalhar em serviços de saúde, pois assim os profissionais se previnem mais

31. CEBRASPE / HUB / 2020 - No que diz respeito aos conceitos relevantes na área de segurança do paciente e às principais estratégias para a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), julgue o item subsequente.

Segurança do paciente consiste na redução total do risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde.

32. Prefeitura de São Roque do Canaã - ES / Prefeitura de São Roque do Canaã - ES / 2020 - Sobre o tema "Segurança do paciente em serviços de saúde", marque a alternativa **INCORRETA**:

- A As ações estabelecidas são estendidas a todos os serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa, consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.
- B Compete ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde, bem como desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde.
- C Segurança do paciente se refere a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.
- D A cultura da segurança refere-se a um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.
- E O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para Segurança do Paciente, tais como: mecanismos de identificação do paciente e orientações para a higienização das mãos.

33. CEBRASPE / HUB / 2020 - No que diz respeito aos conceitos relevantes na área de segurança do paciente e às principais estratégias para a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), julgue o item subsequente.

Uma das características da cultura de segurança de organizações é a resolução dos problemas relacionados à segurança, seguida da punição dos responsáveis por esses problemas.

34. INSTITUTO AOCP / UFPB / 2019 - De acordo com a RDC nº 36, de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, assinale a alternativa correta.



- A Essa Resolução se aplica aos consultórios individualizados, laboratórios clínicos e serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.
- B Cada serviço público de saúde ambulatorial deverá, obrigatoriamente, constituir um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição.
- C O NSP deverá notificar os eventos adversos que evoluírem para óbito em até 48 horas a partir do ocorrido, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela ANVISA.
- D Entre os princípios e diretrizes do NSP, estão: 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; e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.
- E É competência do NSP divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde.

35. FUNDATEC / Prefeitura de Capão da Canoa - RS / 2019 - Conforme a Portaria nº 529/2013, a qual institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), são adotadas as seguintes definições, EXCETO:

- A Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- B Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- C Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente.
- D Cultura de Segurança: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção.
- E Gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

36. SELECON / Prefeitura de Boa Vista - RR / 2019 - Segundo a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu as ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde, os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados, a partir do ocorrido, em um prazo máximo de:

- A 15º dia útil do mês subsequente
- B 24 horas subsequentes
- C 96 horas
- D 72 horas

37. COSEAC / UFF / 2019 - De acordo com a RDC nº 36, de julho de 2013, todos os serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que



exercem ações de ensino e pesquisa, devem constituir instância para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, que terá a denominação de:

- A gerência de risco e segurança.
- B vigilância em saúde.
- C serviço de acreditação.
- D núcleo de segurança do paciente.

38. UFPR / UFPR / 2019 - Os membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) devem ter autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Para o desempenho das atribuições dos NSP, a direção do serviço de saúde:

- A deve constituir uma equipe de enfermeiros que não estejam ligados a nenhuma outra comissão da instituição.
- B pode assumir as atribuições do NSP e indicar profissionais de saúde que façam o acompanhamento dos eventos adversos.
- C deve constituir uma equipe de profissionais que estejam disponíveis para o acompanhamento dos eventos adversos.
- D pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes.
- E pode instituir o NSP, de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, físicos e materiais da instituição.

39. FUNDATEC / Prefeitura de Gramado / 2019 - No artigo 4º da Portaria nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, são adotadas algumas definições. Sendo assim, relacione a Coluna 1 à Coluna 2.

Coluna 1

- 1. Dano.
- 2. Incidente.
- 3. Evento adverso.
- 4. Cultura de segurança.
- 5. Segurança do paciente.

Coluna 2

- () Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- () Incidente que resulta em dano ao paciente.
- () Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- A 1 – 2 – 4.
- B 3 – 1 – 5.



- C 2 – 1 – 4.
- D 2 – 3 – 5.
- E 1 – 3 – 4.

40. UFLA / UFLA / 2018 - O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS no 529/2013, objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Neste sentido, a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Anvisa nº 36/2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. São ações do programa, EXCETO:

- A Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde.
- B Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.
- C Executar procedimentos com técnica asséptica.
- D Higienizar as mãos para evitar infecções

41. UFPR/UFPR/2018 - Os membros do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) devem ter autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Para o desempenho das atribuições dos NSP, a direção do serviço de saúde:

- A deve constituir uma equipe de enfermeiros que não estejam ligados a nenhuma outra comissão da instituição.
- B pode assumir as atribuições do NSP e indicar profissionais de saúde que façam o acompanhamento dos eventos adversos.
- C deve constituir uma equipe de profissionais que estejam disponíveis para o acompanhamento dos eventos adversos.
- D pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes.
- E pode instituir o NSP, de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, físicos e materiais da instituição.

42. AOCP / SES-PE / 2018 - Em relação à Resolução RDC nº 36/2013 do Ministério da Saúde, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, é correto afirmar que

- A risco é definido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção de caráter físico, exclusivamente
- B acidente é definido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico
- C os incidentes que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 24 (vinte e quatro) horas a partir do ocorrido



D os incidentes que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 96 (noventa e seis) horas a partir do ocorrido

E a notificação dos eventos adversos deve ser realizada mensalmente pelo núcleo de segurança do paciente, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa

43. IDIB / CREMERJ / 2018 - A Resolução da Anvisa no 36, de 25 de julho de 2013 tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Segundo esta resolução, compete ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), as seguintes ações, exceto:

A Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

B Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

C Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

D Divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde.



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.