



FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM

**SEGURANÇA DO PACIENTE: A CIRURGIA SEGURA COMO O INDICADOR
DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Karla Moraes Soares Silva
Luiza Vieira Nunes dos Santos
Luzelina Das Dores Araujo Souza

Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos

Trindade - GO
2019

FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM

**SEGURANÇA DO PACIENTE: A CIRURGIA SEGURA COMO O INDICADOR
DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Graduação em
Enfermagem. Sob orientação do Prof.
Me. Osmar Pereira dos Santos

Karla Moraes Soares Silva
Luiza Vieira Nunes dos Santos
Luzelina das Dores Araújo Souza

**SEGURANÇA DO PACIENTE: A CIRURGIA SEGURA COMO O INDICADOR DE
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, aprovada pela seguinte
banca examinadora:

Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos (Orientador)
Faculdade União de Goyazes

Prof.^a Ma. Clarice Carvalho de Santos (Membro Interno)
Faculdade União de Goyazes

Enfermeiro Especialista Bruno Alves Pereira (Membro Externo)
Hospital de Urgência de Trindade - HUTRIN

Prof.^a Esp. Sandra Rosa de Souza Caetano (Membro Suplente)
Faculdade União de Goyazes

Trindade – GO

17/12/2019

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho, bem como todas às nossas conquistas, primeiramente a Deus e aos nossos familiares.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos em primeiro lugar a Deus que iluminou o nosso caminho durante esta caminhada. Aos meus professores que me passaram todos os seus ensinamentos com dedicação e entusiasmo tentando transmitir ao menos um pouco de tudo que sabem.

Em especial ao nosso orientador Prof. Me. Osmar Pereira dos Santos, pela paciência e incentivo, sempre transmitindo conhecimentos valiosos e dando apoio e motivação que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

SEGURANÇA DO PACIENTE: A CIRURGIA SEGURA COMO O INDICADOR DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Karla Morais Soares Silva¹
Luiza Vieira Nunes dos Santos¹
Luzelina das Dores Araújo Souza¹
Osmar Pereira dos Santos²

Introdução: Dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem está na linha de frente quando se trata da segurança, onde o cuidado e proteção dos pacientes e qualidade da assistência e encontra-se em posição única para promover sua segurança, desde que direcione seu valor e poder para cuidar e não para corrigir sistemas falhos. **Objetivo:** Conhecer e analisar os processos que envolvem a segurança do paciente ao que se referem à meta das cirurgias seguras. **Materiais e Métodos:** O método de pesquisa adotado é o de revisão bibliográfica, que se apoiarão em amplas pesquisas presentes em revistas e artigos científicos. **Resultados:** Dentre várias medidas destaca-se a identificação do paciente tem sido reconhecida como a pedra angular na segurança do paciente e a ausência de processo padronizado de identificação nos serviços de saúde pode contribuir para ocorrência de falhas. **Considerações Finais:** No Brasil, os enfermeiros vêm se organizando e desenvolvendo bons trabalhos no processo de melhoria na segurança do paciente, com o compromisso de divulgar metas e criar Polos regionais, objetivando fortalecer a assistência de enfermagem segura e de qualidade ao que tange os processos de cirurgias seguras.

Palavras-Chave: Enfermeiro. Segurança do paciente. Cirurgia Segura.

Introduction: Among the health professions, nursing is at the forefront when it comes to safety, where patient care and protection and quality of care are in a unique position to promote their safety, as long as it directs their care. value and power to care and not to fix faulty systems. **Objective:** To know and analyze the processes that involve patient safety in relation to the goal of safe surgery. **Materials and Methods:** The research method adopted is the literature review, which will be supported by extensive research in journals and scientific articles. **Results:** Among several measures, patient identification has been recognized as the cornerstone in patient safety and the absence of a standardized identification process in health services may contribute to the occurrence of failures. **Final Considerations:** In Brazil, nurses have been organizing and developing good work in the process of improving patient safety, with a commitment to disseminate goals and create regional centers, aiming to strengthen safe and quality nursing care regarding processes. of safe surgeries.

Keywords: Nurse. Patient safety. Safe surgery.

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem – Faculdade União de Goyazes, Trindade – Goiás, Brasil.

² Professor Mestre da Faculdade União de Goyazes, Trindade – Goiás, Brasil e Enfermeiro do GDF.

INTRODUÇÃO

A enfermagem sempre teve como essência a arte de cuidar. De forma empírica a assistência começou a ser realizada, fundamentada nos conceitos religiosos de caridade, amor, doação, humildade e necessidade. Devido à influência desse cenário sobre Florence Nightingale, emerge a Enfermagem profissional no mundo, baseadas em suas propostas que se tornaram, posteriormente, científicas (PADILHA; MANCIA, 2005).

Para isso, o MS disponibilizou seis protocolos de prevenção a eventos adversos (EA), os quais são: Identificar corretamente o paciente; Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde; Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; Assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; Higienizar as mãos para evitar infecções e Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (ANVISA, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2013, por meio da Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) tornaram obrigatórios que todos os hospitais implementem o Núcleo de Segurança do Paciente, e uma das atividades dos núcleos é o estabelecimento de protocolos de atendimento para prevenir as falhas de assistência. (ANVISA, 2013)

O período perioperatório é um momento crítico do estado de saúde e doença do indivíduo devido à exposição aos riscos de um procedimento cirúrgico e as suas complicações. Esta área exige uma base ampla de conhecimentos, memória instantânea da ciência cirúrgica, diversidade de pensamentos e ações, resistências, tanto física quanto mental, e flexibilidade necessária durante a assistência (ROTHROCK, 2007).

A não administração de medicamentos ou a administração em horário via ou dose errada são exemplos de erros que podem resultar em prejuízos ao paciente. As consequências de um erro de administração variam em diferentes níveis de gravidade que vão desde a falha terapêutica até ao aumento das taxas de mortalidade (MARQUES *et al*, 2008). O erro de medicação pode ser prevenido através da implantação de estratégias que funcionam como barreiras organizacionais, reduzindo a possibilidade deste alcançar o paciente (GIMENES, 2007).

Uma ferramenta de enfrentamento que vem sendo largamente utilizada em diferentes áreas na assistência hospitalar é o “checklist”, especialmente para os pacientes de alta complexidade, pois além de ser possível adaptá-lo à realidade e necessidade das instituições, quando utilizado adequadamente constitui-se em uma importante estratégia de prevenção ao erro (RÉA-NETO *et al*, 2010).

A identificação do paciente tem sido reconhecida como a pedra angular na segurança do paciente e a ausência de processo padronizado de identificação nos serviços de saúde pode contribuir para ocorrência de falhas (TASE, 2015). O processo de comunicação é o denominador comum do trabalho em equipe e da humanização da assistência e se dá pela articulação das ações multiprofissionais (STEFANELLI *et al*, 1997).

Os quatro maiores problemas enfrentados para realização de um procedimento cirúrgico seguro são: assumir que existe um problema na segurança da cirurgia, a escassez de dados relacionados à mortalidade e eventos adversos em procedimentos cirúrgicos, principalmente, em relação à falta de padronização dos registros, o fato de nenhum país realizar, de forma consciente, nenhuma prática segura em cirurgia e a alta complexidade em estabelecer e manter a segurança. A maneira mais promissora de enfrentar estas adversidades é criando o senso de equipe entre todos os profissionais, distribuindo responsabilidades e aumentando a atenção ao paciente e assim, sua segurança (SALLES, CARRARA, PEDREIRA, HARADA, 2009).

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele (a) é destinado um determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de falhas e enganos que o possam lesar. Para tanto, teve-se como questão norteadora a seguinte pergunta: Qual a solução para obter uma segurança do paciente na cirurgia com a assistência da enfermagem?

O presente trabalho tem como objetivo analisar a segurança do paciente na cirurgia através da assistência de enfermagem, bem como mostrar a importância da assistência de enfermagem com qualidade para o paciente na cirurgia e após a cirurgia na recuperação e os devidos cuidados com o paciente.

METODOLOGIA

O método de pesquisa adotado é de revisão bibliográfica, de forma descritiva, realizadas em base de dados Brasileiros.

A Revisão Bibliográfica é parte de um projeto de pesquisa, que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico (SANTOS e CANDELORO, 2006). Foram considerados artigos e documentos de referência relacionados à segurança do paciente publicados nos últimos 10 anos, incluindo a predominância da língua portuguesa.

A pesquisa é descritiva, pois o pesquisador tende a analisar seus dados indutivamente. O desenvolvimento deste tipo de revisão é delineada em 6 etapas distintas, a saber: 1) Identificação do tema e seleção da questão norteadora ou hipótese, seguida pelos descritores ou palavras-chave; 2) Seleção da amostragem – determinação dos critérios de inclusão ou exclusão; 3) Categorização dos estudos, ou seja, definição quanto à extração das informações dos artigos revisados; 4) Avaliação dos estudos – a análise dos dados extraídos de forma crítica; 5) Discussão e interpretação dos resultados – momento em que os principais resultados são comparados e fundamentos com o conhecimento teórico e avaliação quanto sua aplicabilidade e; 6) Apresentação da revisão integrativa e síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Os resultados serão apresentados com a utilização de análise de estudos anteriores referentes à segurança do paciente.

O critério de inclusão são artigos publicados em periódicos brasileiros nos últimos 10 anos com resumos e o conteúdo do artigo de forma clara e que contribui para o nosso trabalho. O critério de exclusão são artigos inferiores aos últimos 10 anos e que não aborda o tema de maneira clara.

Na presente pesquisa serão usados artigos científicos que são disponíveis de forma gratuita. Os artigos encontrados em nossa busca, realizada no dia 10 de outubro de 2018, foi utilizado à base de dados como descritor, a segurança do paciente na cirurgia, nas listas da *Scielo*, *Lilacs*, *Medline* e no *Google Acadêmico*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, a agência governamental que atua na área de segurança do paciente é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 1999, com a finalidade de promover a proteção da saúde da população. Desenvolve ações visando à segurança do paciente e à melhoria da qualidade em serviços de saúde, consonantes com as previstas pela OMS, e vem instituindo uma sequência ordenada de atividades, baseadas nos desafios globais (ANVISA, 2011).

Em 2002, diante da repercussão internacional do tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho com o intuito de estudar metodologias para avaliar os riscos para a segurança do paciente nos serviços de saúde de forma sistemática, com foco em metodologias que avaliaram a natureza e a magnitude do agravo causado pelos EAs (WHO, 2003).

Há décadas alguns pesquisadores estudam um fenômeno que atinge os serviços de saúde negativamente, relacionado à qualidade na assistência. Os chamados eventos adversos-EA's, incidentes que resultam em danos ao paciente, nos locais estudados apresentaram estatísticas preocupantes (MENDES *et al*, 2005). Por esta razão vem a grande importância da assistência de enfermagem a qual evoluiu de maneira extraordinária nos últimos anos, ficando cada vez mais segura e com menos riscos de complicações.

A Organização Mundial da Saúde enfatiza que a segurança do paciente é uma questão que afeta os países em todos os níveis de desenvolvimento, sendo que as soluções deste problema ainda são escassas, principalmente em países em desenvolvimento, onde possivelmente milhões de pacientes, a cada ano, sofrem lesões incapacitantes ou morrem devido aos erros nos cuidados de saúde (WHO, 2008).

A gestão focada na qualidade e na segurança do paciente abrange princípios e diretrizes como a criação de cultura de segurança, a execução dos processos de gestão de risco, a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais, a adoção das melhores evidências, a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças (BRASIL, 2013).

A gestão de risco, um recurso valioso para a segurança do paciente, é entendido como a “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” (BRASIL, 2013, p.2).

Dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem está na linha de frente quando se trata da segurança. Sustentada no diálogo entre as ciências biológicas e humanas, está constantemente envolvida com o cuidado e proteção dos pacientes, zela pela qualidade da assistência e encontra-se em posição única para promover sua segurança, desde que direcione seu valor e poder para cuidar e não para corrigir sistemas falhos (PEDREIRA, 2009).

As iniciativas do governo brasileiro para melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde estão em consonância com as atividades da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a partir de ações desenvolvidas pela ANVISA, baseadas nos objetivos internacionais (ANVISA, 2011).

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica e de cunho científico. São orientações concisas que podem ser usadas pelo profissional de saúde no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica (BRASIL, 2013)

Fazem parte do protocolo os seguintes itens: Lista de Verificação: utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos relacionados ao evento cirúrgico. Demarcação de Lateralidade: demarcação de local ou locais a ser operados. Ela 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). 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. (ANVISA, 2011).

Segurança Anestésica: 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. Equipe cirúrgica: composta por

cirurgiões, anesthesiologista, profissionais de enfermagem, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia (ANVISA, 2011).

A principal fonte de ocorrência dessas infecções é relacionada à prestação da assistência à saúde. Desta maneira, pode ocorrer, embora nem sempre, como consequência da falha do sistema e dos processos de prestação de cuidados, assim como do comportamento humano. Portanto, isso representa um grande problema de segurança do paciente (OPAS; ANVISA, 2008).

Os materiais e equipamentos específicos necessários ao ato cirúrgico precisam ser previstos pelo enfermeiro da unidade para que o fluxo de trabalho se desenvolva harmonicamente e para que o paciente não sofra danos causados pela ausência do material, assim como suspensão de cirurgias. Além da presença destes na unidade, é necessário testá-los antes do procedimento cirúrgico e realizar manutenção preventiva e reparadora sempre que necessário, conforme orientações da OMS (OMS, 2009).

A não administração de medicamentos ou a administração em horário via ou dose errada são exemplos de erros que podem resultar em prejuízos ao paciente. As consequências de um erro de administração variam em diferentes níveis de gravidade que vão desde a falha terapêutica até ao aumento das taxas de mortalidade (MARQUES *et al*, 2008). O erro de medicação pode ser prevenido através da implantação de estratégias que funcionam como barreiras organizacionais, reduzindo a possibilidade deste alcançar o paciente (GIMENES, 2007).

A higienização das mãos (HM) é uma importante profilaxia contra as infecções hospitalares, já que as mãos são o meio mais comum de disseminação de microrganismos, e ainda, “o risco de transmissão refere-se a qualquer momento durante a prestação de assistência à saúde, especialmente em pacientes imunocomprometidos e/ou na presença de dispositivos invasivos” (OPAS; ANVISA, 2008, p.11).

As infecções hospitalares (IH) são aquelas adquiridas no hospital, e que podem se manifestar durante o período de internação ou mesmo após a alta hospitalar, desde que possam ser relacionadas à internação ou aos procedimentos hospitalares. Sendo assim, representam um importante problema de saúde pública no mundo devido à morbidade, mortalidade, aumento do tempo de internação e custos associados ao seu tratamento (BATISTA, 2012).

Cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos, podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento, essas simples conferências podem impedir o início de uma série de complicações para o paciente (FERRAZ, 2009).

O profissional de enfermagem deve identificar a cultura do cliente para saber como lhe dar com ele, pois o entendimento deste só será possível através do mesmo tipo de linguagem. “E a comunicação com os enfermos deve ser de acordo com a sua idade e o tipo de educação, pois não se deve falar com uma criança como se ela fosse um adulto ou adolescente e vice versas. O enfermeiro deve saber a forma hospitalar e popular de se comunicar” (WONG, 1997).

A boa articulação entre os profissionais faz com que as equipes de saúde apresentem maior possibilidade de compartilhar afetividade e cuidados mútuos, adquiram meios saudáveis de entendimento das dificuldades e limitações, de resolução de conflitos internos e, estando mais estruturadas, possam atender de modo eficaz a seus pacientes (REIS, 2004).

Em 2002, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dos EUA, desenvolveu indicadores construídos com base nos dados administrativos hospitalares e cunhou o termo indicador de segurança do paciente (patient safety indicator – PSI). Os PSIs são definidos como (Romano *et al.*, pg. 78, 2003):

Indicadores de qualidade específicos que refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, mas focam em aspectos da segurança do paciente. Especificamente, os PSIs rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde e que são suscetíveis à prevenção, através de mudanças no nível do sistema ou do prestador.

Um indicador é uma medida qualitativa ou quantitativa que permite conhecer em que nível determinado objetivo foi atingido. Os indicadores fornecem informação sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde (RIPSA 2002).

Quadro 01: Indicadores de segurança do paciente

Os Indicadores de segurança do paciente desenvolvidos pela Agency for Healthcare Research and Quality Indicadores (2013)
1. Taxa de complicações da anestesia
2. Taxa de mortalidade de pacientes cirúrgicos com graves condições tratáveis

3. Número de objetos estranhos deixados no corpo durante a prestação de cuidados cirúrgicos ou clínicos
4. Taxa de infecção relacionada a cateter venoso central
5. Taxa de deiscência de ferida pós-operatória
6. Taxa de desordem fisiológica e metabólica pós-operatória
7. Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatórias
8. Taxa de falência respiratória pós-operatória
9. Taxa de fratura de quadril/fratura de anca pós-operatória
10. Taxa de hemorragia ou hematoma pós-operatórios
11. Taxa de óbitos em Grupos Diagnósticos Homogêneos (GDH) Relacionados (DRGs) de baixa mortalidade
12. Taxa de pneumotórax iatrogênico
13. Taxa de puncionamento ou laceração acidental
14. Taxa de sépsis pós-operatória
15. Taxa de úlceras por pressão
16. Número de reações transfusionais
17. Taxa de lesões no neonato (trauma no nascimento)
18. Taxa de trauma obstétrico em partos vaginais com instrumentação
19. Taxa de trauma obstétrico em partos vaginais sem instrumentação
20. Indicador de segurança do paciente composto (composição de PSIs selecionado)

Fonte: AHRQ (2013).

O trabalho da AHRQ influencia muito a seleção de indicadores de outras agências internacionais em função, particularmente, de sua validade mais bem estudada em inúmeras pesquisas. A generalização desses indicadores tem a ver com a adaptação para a CID 10^a Revisão utilizada em vários países, inclusive no Brasil e em Portugal (Quan *et al.* 2008)

No Brasil, a possibilidade de uso dos indicadores de segurança do paciente da AHRQ é limitada pelo baixo preenchimento do diagnóstico secundário previsto na base de dados de tipo administrativo do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) (LOBATO *et al.* 2008).

Quadro 02: Lista de Verificação de segurança do paciente na Cirurgia

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica		
Antes da indução anestésica (Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e anestesiológico)	Antes da incisão cirúrgica (Na presença de membro da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica (Na presença do membro da equipe de enfermagem, do anestesiológico e do cirurgião)
O paciente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e seu consentimento? ☐ Sim	☐ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função. ☐ Confirmar o nome do paciente, o procedimento cirúrgico e onde será realizada a incisão.	A equipe de enfermagem confirma verbalmente: ☐ O nome do procedimento ☐ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas
O sítio está demarcado? ☐ Sim ☐ Não se aplica	A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos? ☐ Sim ☐ Não se aplica	☐ A identificação das amostras (ler os rótulos das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente) ☐ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos
Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação? ☐ Sim	Prevenção de Eventos Críticos Para o Cirurgião: ☐ Quais são as etapas críticas ou inesperadas? ☐ Qual a duração da operação? ☐ Qual a quantidade de perda sanguínea prevista? Para o Anestesiológico: ☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?	Para o Cirurgião, o Anestesiológico e a Equipe de Enfermagem: ☐ Quais são as principais preocupações para a recuperação e o manejo do paciente?
O oxímetro de pulso está aplicado no paciente e funcionando corretamente? ☐ Sim	Para a Equipe de Enfermagem: ☐ Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)? ☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?	
O paciente possui: Alergia conhecida? ☐ Não ☐ Sim Complicações nas vias aéreas ou risco de aspiração? ☐ Não ☐ Sim, e equipamentos/assistência disponíveis Risco de perda sanguínea > 500 mL (7 mL/kg em crianças)? ☐ Não ☐ Sim, e 2 acessos IV periféricos ou 1 cateter venoso central e fluidos previstos	As imagens essenciais estão visíveis? ☐ Sim ☐ Não se aplica	

Fonte: OMS – Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente, 2010

Em centro cirúrgico (CC), uma análise importante para a preparação de indicadores é a obtenção de dados e conteúdos verídicos, oriundos da coleta organizada sistematicamente das ocorrências e dos eventos relativos ao funcionamento do CC. Tal situação somente será obtida a partir da aceitação dos médicos, dos enfermeiros, do pessoal de enfermagem e demais colaboradores que executam as atividades e anotações nesse setor (JERICÓ; PERROCA; PENHA, 2011)

Esta lista de verificação foi desenvolvida para auxiliar as equipes cirúrgicas na redução de danos ao paciente, reforçar práticas de segurança, favorecer uma comunicação adequada entre as equipes e um melhor trabalho multidisciplinar. (OMS, 2009).

Quadro 03: Protocolos de segurança do paciente, Ministério da Saúde, 2013.

Principais Protocolos da Segurança do Paciente
Identificar corretamente o paciente.
Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde.
Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.

Higienizar as mãos para evitar infecções.
Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

Fonte: Portaria MS/GM nº 529/2013

Considerando a questão um problema cuja solução é fundamental para garantir uma assistência à saúde mais segura, resolver tal situação não é uma tarefa simples. A correta identificação do paciente é uma meta importante a ser alcançada, por isso a Joint Commission Internacional criou em 2003 nos Estados Unidos, o desafio nacional para segurança do paciente, incluindo a identificação correta do paciente como requisito crucial para concessão de acreditação as instituições (COMMISSION INTERNATIONAL CENTER, 2005).

Estudos realizados em 2005 pela JCI sobre o uso de tecnologia para segurança do paciente verificou que nos Estados Unidos, os erros na identificação dos pacientes, podem ter sido a causa de cerca de 98.000 mortes, sendo que 13% desse número se devem a irregularidades ocorridas em cirurgias e 67% a falhas no processo de transfusão sanguínea (COMMISSION INTERNATIONAL CENTER, 2005).

Estudo conduzido por Carvalho e (2000) verificou que falhas na identificação do paciente no momento da administração de medicamentos aconteciam por ausência de pulseira no antebraço do paciente, leitos não identificados e não perguntar o nome do paciente.

Para assegurar que o paciente seja identificado corretamente, todos os profissionais devem participar ativamente do processo de identificação, da admissão, da transferência ou recebimento de pacientes de outra unidade ou instituição, antes do início dos cuidados, de qualquer tratamento ou procedimento, da administração de medicação e solução (REBRAENSP, 2010).

No que se refere à administração de medicamentos, de soluções e de hemocomponentes, a ausência de identificação do paciente é descrita por Avelar (2009) como um grande problema. Um relatório divulgado pelo Comitê Nacional de Transfusão Sanguínea do Reino Unido em 2009, identificou que cerca de 70% dos incidentes relacionados a transfusão de sangue ocorreram devido a erros de identificação.

Carvalho e Cassiani (2000) explicam que para garantir a administração segura dos medicamentos, no mínimo cinco certezas devem ser confirmadas: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa e horário

certo. Para tanto, estas apontam o uso de pulseira de identificação contendo os dados dos pacientes como uma ação relevante para assegurar que o paciente receba a medicação prescrita.

De acordo com a OMS (2005), em países desenvolvidos, cerca de 5 a 10% dos doentes internados em hospitais adquirem infecções que não estavam presentes ou incubadas no momento da admissão. O mesmo autor cita ainda, estudo realizado nos Estados Unidos, que verificou que um em cada 136 doentes hospitalizados fica gravemente doente como resultado da aquisição de uma infecção hospitalar.

No Brasil, estima-se que três a 15% dos pacientes sob hospitalização adquirem infecção hospitalar e que, destes, cinco a 12% morrem em consequência da mesma (SCHEIDT; CARVALHO, 2006). As infecções hospitalares provocam 5.000 mortes por ano na Inglaterra. Pelo menos 25% dos pacientes admitidos desenvolvem uma infecção relacionada à assistência a saúde, mesmo em instituições providas de muitos recursos (OMS, 2005).

Em 1989, o Ministério da Saúde editou o manual “Lavar as Mãos” com o objetivo de normatizar o procedimento nas unidades de saúde brasileiras, proporcionando aos profissionais de saúde subsídios técnicos e normativos com relação ao procedimento, visando à prevenção das infecções hospitalares (MS, 1989).

As mãos são as principais ferramentas de trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, assim, a segurança do paciente depende diretamente da realização freqüente e correta da prática de higienização das mãos (ANVISA, 2009).

Além da adequação do ambiente para a realização das higienização das mãos, os profissionais devem ser capacitados e estimulados a realização da técnica de higienização adequada. As técnicas de higienização das mãos são divididas pela ANVISA (2006/2007) e a WHO (2009) em: Higienização simples das mãos; Higienização anti-séptica das mãos; Fricção de anti-séptico nas mãos; Anti-sepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos, tópico que não será abordado no presente trabalho já que esta técnica não está indicada para administração de medicação.

Quadro 04: Referências na literatura brasileira sobre cirurgias seguras

ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADO
2017	CALDEIRA, Lilia Xavier; BRASILEIRO, Marislei Espíndula.	Cirurgia Segura: Um Desafio A Ser Conquistado.	Identificar e intervir nas possíveis situações plausíveis de gerar erros é dever do enfermeiro no seu exercício profissional. O processo de implementação da lista de verificação cirúrgica, mesmo que pareça simples, partindo de um ponto de vista administrativo, trata-se de um processo complexo	Os resultados evidenciaram que nas últimas décadas a segurança do paciente tornou-se uma preocupação constante para o setor da área da saúde.
2017	TAPOROSKY, Francine <i>et al.</i> ,	Cirurgia Segura: Validação De Checklist Pré E Pós-Operatório	elaborar, avaliar e validar um checklist de segurança cirúrgica para os períodos pré e pós-operatório de unidades de internação cirúrgica.	o Checklist de Segurança Cirúrgica Pré e Pós-Operatório é mais uma estratégia na promoção da segurança do paciente, pois possibilita monitorar sinais e sintomas preditivos de complicações cirúrgicas e detecção precoce de eventos adversos.
2016	Merari Ferreira de Araújo Neri	Cirurgia Segura: Atuação Do Enfermeiro Em Bloco Cirúrgico.	analisar a produção teórica sobre a atuação dos Enfermeiros no bloco cirúrgico sobre segurança do paciente	a atuação dos Enfermeiros no bloco cirúrgico foram: aplicação e preenchimento de checklist padronizado e a comunicação com o paciente.
2016	ANVISA	Implantação Do Núcleo De Segurança Do Paciente Em Serviços De Saúde	Envolve a promoção e apoio à implementação de iniciativa voltadas à segurança do paciente, por meio dos núcleos de segurança do paciente dos serviços de saúde.	Tendem a reforçar o importante papel do NSP como instância promotora de prevenção, controle e mitigação de incidentes, em especial de EA danos ao paciente nos serviços de saúde.
2014	Ana Paula Pancieri, Rachel de Carvalho, Eliana Mara Braga ³	Aplicação Do Checklist Para Cirurgia Segura: Relato De Experiência	relatar a experiência da aplicação do checklist de cirurgia segura proposto pela OMS.	identificou-se a necessidade de inclusão e mudança de alguns itens do checklist e preenchimento de itens na sala de recuperação pós-anestésica. É importante o enfermeiro e o coordenador da lista terem domínio de como realizar a checagem e saber conduzir com responsabilidade e ética todas as etapas propostas, além de enfatizar a responsabilidade de cada profissional participante.
2014	GOUVÊA Carla	5 Indicadores De Segurança Do Paciente	a criação de programas para o monitoramento da qualidade e segurança com base em indicadores.	Independentemente do ambiente de cuidado, é importante que a seleção de indicadores de segurança do paciente priorize aqueles com comprovada evidência científica, relacionados a situações com impacto

				sobre a saúde e a segurança dos pacientes
2014	Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Documento De Referência Para O Programa Nacional De Segurança Do Paciente	Na Portaria MS/GM nº 529/2013 está prevista uma avaliação periódica do Programa Nacional de Segurança do Paciente.	A Definição dos indicadores e do período para o monitoramento será consoante com a capacidade do Programa Nacional, por meio de reuniões regionais, ou de categoria profissional.
2013-2014	Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA-	Programa Nacional De Segurança Do Paciente: Estado Da Arte E Perspectivas	O Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Segurança do Paciente para o monitoramento e prevenção de danos na assistência a saúde.	Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas.
2010	Branquinho. S; Carneiro, H. C; Eulália. M. L.V.D; Musceli, L. A; Roberto.M.L; Santos. R; Vannucci.L.R	Gerenciamento De Riscos E Segurança Do Paciente	Apresentar o Gerenciamento de riscos e comitê de segurança do paciente do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, suas atribuições e atividades.	Criação de rede de Hospitais capacitada para a gerência racional de insumos e equipamentos médico-hospitalares, sangue e seus componentes, com vistas na qualidade e segurança e sua incorporação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de Produtos de Saúde Pós-Comercialização.
2009	Organização mundial da Saúde	Aliança Mundial Para A Segurança Do Paciente Segundo Desafio Global Para A Segurança Do Paciente Cirurgias Seguras Salvam Vidas	Despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência a saúde.	Favorecer as normas e práticas de segurança do paciente

Fonte: Organizados pelos autores, 2019.

Conforme o quadro acima, podemos observar que três autores visam a estratégia de usar o Checklist para a segurança do paciente no pré e pós operatórios, onde os enfermeiros fazem o preenchimento do mesmo, podendo padronizar a comunicação entre eles. Assim podendo perceber erros cometidos e podendo atualizar a lista para novas orientações e observações com os pacientes. Esse Checklist ajuda o enfermeiro a checar e a conduzir com responsabilidade as etapas sem colocar em risco o paciente e ajudar a prevenir situações de risco.

Entretanto em relação à prevenção cinco autores corresponderam de forma diferenciada onde alguns fazem a adoção dos indicadores de segurança do paciente relacionados ao impacto sobre a saúde e a segurança. E dois autores se posicionaram de formas onde preferem adotar maneiras diferentes apenas para a prevenção do paciente, pensando em materiais cirurgicos, em administração do

tempo gasto, cuidados que poderiam ser recolocados em um padrão. Porém todos os autores chegam na mesma conclusão do cuidado com o paciente, sendo usado o checklist, indicadores, protocolos entre outros meios.

O desenvolvimento da segurança do paciente acompanha a evolução das ciências médicas e biológicas no transcorrer da história da humanidade, na qual figuras frente a seu tempo deixaram suas contribuições e descobertas que propiciaram o conhecimento utilizado atualmente (CORONA; PENICHE, 2015).

No contexto da assistência ao paciente cirúrgico, estimativa mundial evidenciou que metade das complicações pós-operatórias eram evitáveis, destacando o potencial previsível de dano. Nesse contexto, em 2009, a Organização Mundial de Saúde (OMS), lançou o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, o qual faz parte do segundo desafio global para a segurança do paciente. No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, o protocolo de cirurgia segura, o qual preconiza o uso sistemático do checklist, e constitui o programa Nacional de Segurança do paciente (AMAYA; *et al*, 2015).

Com a criação de protocolos de assistência, a enfermagem tem direcionado o trabalho e registrado os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema (HONÓRIO; CAETANO, 2009; SO USA *et al.*, 2013). O processo de implementação da lista de verificação cirúrgica, mesmo que pareça simples, partindo de um ponto de vista administrativo, trata-se de um processo complexo, devido a duas circunstâncias que devem ser consideradas para que o resultado seja eficaz: a resistência dos profissionais à mudança, e a adaptação da lista às necessidades do ambiente e da especificidade no local em que deve ser empregada (MANRIQUE; *et al*, 2015).

O checklist é formado por três fases: Identificação (antes da aplicação da anestesia), Confirmação (antes do corte cirúrgico – pausa com a presença de todos os membros da equipe na sala cirúrgica) e Registro (antes do cliente se retirar da sala cirúrgica) (PANCIERI *et al.*, 2013).

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por grande parte das ações assistenciais e, portanto, encontra-se em posição privilegiada para reduzir a possibilidade de incidentes que atingem o paciente, além de detectar as complicações precocemente e realizar as condutas necessárias para minimizar os danos (PEDREIRA, 2009). Uma vez que os profissionais são os responsáveis pelo planejamento e intervenção apropriada com a finalidade de manter o ambiente

seguro, é vital o desenvolvimento de pesquisa em enfermagem sobre segurança do paciente (RADUENZ *et al.*, 2010).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2015) assegura que é responsabilidade e dever do enfermeiro prestar assistência à pessoa, família e coletividade livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência e que a enfermagem deve garantir assistência com segurança e prestar informações adequadas à pessoa e à família sobre os direitos, riscos, intercorrências e benefícios acerca da assistência de enfermagem. A enfermagem tem participação fundamental nos processos que visam a garantir e melhorar a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde. No entanto, medidas isoladas de treinamento e capacitação dos profissionais de enfermagem não são suficientes para garantir a ausência de riscos (GONÇALVES *et al.*, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente trabalho de revisão bibliográfica, demonstra a grande importância do profissional de enfermagem o qual é indispensável para melhoria da segurança do paciente nas instituições brasileiras. O gerenciamento e gestão do serviço, demonstra o déficit pessoal, sobrecarga de trabalho, relacionamento entre as equipes, falha da comunicação e baixa continuidade da atenção prestada aos pacientes têm prejudicado a assistência nas instituições de saúde brasileiras. Problemas relacionados às falhas na estrutura física predial e à falta ou quantidade insuficiente de equipamentos e materiais para atender às necessidades também aparecem como adversidade no ambiente de Saúde.

A enfermagem tem implementado subsídios e estratégias, como a utilização de protocolos e cheklists, para realizar intervenções que possibilitem a assistência livre de danos aos pacientes, mais segura e com qualidade. Acredito que as barreiras identificadas, devem ser ultrapassadas por meio da criação de novas medidas a partir de estudos que contemplem essa temática, sendo as principais: a posição corporativista dos profissionais, a organização da estrutura com alta variabilidade, a cobrança assistencial, a escassa padronização dos processos, ausência de liderança autêntica, falta de indicadores, falta de comunicação e de cultura de segurança e, ainda a formação falha sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Investigação de Eventos em Serviços de Saúde** Brasília, DF, 2013a. 66p.

Agency for Healthcare Research and Quality. Patient safety indicators technical specifications. ARHQ; 2013

AMAYA, Marly Ryoko et al. Análise do registro e conteúdo de cheque list para cirurgia segura. **Esc. Anna Nery**. 2015; v. 19, n 02.ISSN 2127 – 9465.

BATISTA, O. M. A.; MOURA, M. E. B.; NUNES, B. M. V. T.; SILVA, A. O.; NERY, I. S. Representações sociais de enfermeiras sobre a infecção hospitalar: implicações para o cuidarpreventivista. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v.20 n.4, p.500-6, 2012 out/dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário oficial da União: Brasília, 2013a, p.2. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 15 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário oficial da União: Brasília, 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 15 out. 2018.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar Programa de segurança do paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 791- 798, 2013

CARVALHO, Viviane Tosta de; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Erros na Medicação: **análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 33, p. 322-330, jul/set 2000.

CORONA, Arminda Rezende de Padua; Peniche, Aparecida de Cassia Giani. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Rev.sobecc** 2015; v. 20, n 03, pp 179 – 185.

FERRAZ EM. A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. [editorial] **Rev. Col. Bras.** Cir. vol.36 no.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2009,

GIMENES, F.R.E. **A segurança de pacientes na terapêutica medicamentosa: análise da redação da prescrição médica nos erros de administração de medicamentos em unidades de clínica médica**. Ribeirão PRETO, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

GONÇALVES, L. A. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/ incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, n. esp., p. 71-77, 2012.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 188-193, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

JERICÓ, C. M.; PERROCA, G. M.; PENHA, C. V. Mensuração de indicadores de qualidade em centro cirúrgico: tempo de limpeza e intervalo entre cirurgias. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet], set./out. 2019. Disponível em: . Acesso em: 26 out. 2019.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY (Eds.): **Technology in Patient Safety - Using Identification Bands to Reduce Patient Identification Errors**. In: Joint Commission Perspectives on Patient Saety, v. 5, p. 1-10, 2005.

LOBATO G; Reichenheim ME, Coeli CM. Sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D). **Cad. Saúde Pública**. 2008;

LUZIA, M. F.; ALMEIDA, M. A.; LUCENA, A. F. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 632-639, 2014.

MARQUES, T. C et al . Erros de administração de antimicrobianos identificados em estudo multicêntrico brasileiro. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 44, n. 2, June 2008

MANRIQUE, Blanca Torres et al. Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. **Acta paul. enferm.** 2015, v.28, n.4, pp.355-360. ISSN 0103-2100.

MELLO, Janeide Freitas; BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto&Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v 22, n 4, out/dez, pp 1124-33, 2013.6

MENDES, Walter et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Rev. Bras. Epidemiol**, 2005

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M; Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n.4, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; RIO DE JANEIRO: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009a.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; RIO DE JANEIRO:**

Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Manual para observadores:** estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos., Organização Mundial da Saúde; Brasília, 2008; 58p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretrizes sobre **higienização das mãos na assistência à saúde:** resumo. [S.l.: s.n.], [ca. 2005].

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **RevBrasEnferm**, 2005.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, 2010.

PANCIERI, AP et al. Checklist de Cirurgia Segura: Análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2013;34(1): 71-78.

PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**, 2009;

Quan H, Drösler S, Sundararajan V et al. Adaptation of AHRQ Patient Safety Indicators for Use in ICD-10 Administrative Data by an International Consortium. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. **Advances in patient safety: new directions and alternative approaches.** Rockville (MD): AHRQ; 2008. vol. 1

RADUENZ, A. C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1045-1054, nov./ dez. 2010

RÉA-NETO et al. GUTIS- Guia da UTI segura- 1ª Ed- São Paulo: **Associação de Medicina Intensiva Brasileira** 2010. Disponível em: http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho_GUTIS.pdf. Acesso em 15/10/2018.

REIS, C.C.L.; HORTALE, V.A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.492-501, mar./abr. 2004.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Quem somos. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/quemsomos>. Acesso em: 15 out. de 2018.

REDE Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, DF: **RIPSA**; 2002.

ROMANO PS, Geppert JJ, Davies S, et al. A national profile of patient safety in U.S. hospitals. **Health Aff** (Millwood) 2003.

ROTHROCK J.C. Alexander **Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico.** Ed. Donna R. McEwen. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 1247p.

Salles CLS, Carrara D. In: Cirurgia Segura. Pedreira MLG, Harada MJCS. **Enfermagem dia a dia:** Segurança do paciente. São Caetano do Sul (SP): Yendis;2009 p. 109-117.

SANTOS, V. D.; CANDELORO, R. J. **Trabalhos Acadêmicos**: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas. Porto Alegre/RS: AGE Ltda, 2006. 149 p.

SOUSA, M. R. G. et al. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 76-78, 2013.

SCHEIDT, Kátia Liberato Sales; CARVALHO, Manoel de. Avaliação prática da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades lúdico-educativas. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ**, v. 14, p.221, jun.2006.

STEFANELLI, M.C.; WAIDMAN, M.A.; PAGLIARINI, K.M. Utilização da comunicação na prática da equipe multiprofissional de uma instituição psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n.1, p.82-85, jan./jun. 1997.

TASE, T H. **Segurança do paciente em maternidade**: Avaliação do protocolo de identificação do binômio Mãe-filho em um hospital universitário.2015, 147p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo,2015.

WONG, Donna L. **Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro. Guanabara, 1997.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Patient Safety: Rapid assessment methods for estimating hazards**, report of the WHO working group meeting. Geneva: World Health Organization, 2003.