



Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública



---

# Gestão de riscos e segurança do paciente

**Carinne Magnago**

21/10/2012 22h50 - Atualizado em 22/10/2012 11h15

# Estagiária que aplicou café na veia declara que nunca havia dado injeção

Idosa de 80 anos morreu ao ter alimento injetada na sonda da medicação. 'Qualquer um se confunde', disse sobre o erro, em entrevista ao Fantástico.

Do G1 Rio, com informações do Fantástico



FACEBOOK



# Paciente denuncia que ficou com dificuldade para andar após ter cirurgia feita no joelho errado, em Goiânia

Danilo Almeida Lobo, de 43 anos, diz que procedimento deveria ter sido feito na perna esquerda, mas acabou sendo feito na direita. Médico nega acusações.

Por Danielle Oliveira e Ana Paula Moreira, G1 GO e TV Anhanguera

20/04/2021 17h55 · Atualizado há 5 meses



09/03/2017 07h00 - Atualizado em 09/03/2017 09h26

# **Técnica de enfermagem fala de erro que matou mulher e chora: 'Desculpe'**

Zélia Lúcia Barbosa teve parada cardiorrespiratória após injeção errada. Funcionários da Santa Casa de Franca prestaram depoimento em fevereiro.

---

# Hospital confirma morte cerebral de mulher que caiu da maca enquanto fazia exame em Porto Alegre

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, paciente foi diagnosticada com gastrite e teve uma agitação enquanto era feita uma radiografia. Familiares pedem por justiça e acusam unidade de saúde de negligência.

Por Cristiano Dalcin, RBS TV e g1 RS

14/07/2022 15h23 · Atualizado há um mês



# **Segurança do paciente**

**Reduzir, a um mínimo aceitável,  
o risco de dano desnecessário  
associado ao cuidado de saúde**



# Metas de Segurança do Paciente

**01**

**Identificação correta do paciente.**

**02**

**Comunicação eficaz com profissionais e com paciente.**

**03**

**Segurança na prescrição, no uso e administração de medicamentos.**

**04**

**Cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.**

**05**

**Higienização das mãos para evitar infecções.**

**06**

**Redução do risco de quedas.**

# Conceitos

Intencionais (violações)

Não intencionais

## Incidente

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

Circunstância notificável

Near miss

Sem dano

Com dano ou eventos adversos

*Um profissional observou que o freezer que guarda unidades de sangue estava com problema técnico, e, por isso, a temperatura estava alta.*

*Situação que pode influenciar um evento com o paciente ou que o envolve*



# Report Near Misses



Checking a **near** thing can prevent the **real** thing!

## ***Near miss***

Incidente que não atingiu o paciente

*Uma unidade de sangue foi conectada ao paciente errado, mas o erro foi detectado antes do início da transfusão.*



*Uma unidade de sangue foi conectada ao paciente errado, houve transfusão, mas não houve reação.*

*Evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível.*

*Uma unidade de sangue foi conectada ao paciente errado, houve transfusão, e o paciente morreu por reação hemolítica (incompatibilidade imunológica entre doador e receptor)*

## **Dano**

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

## **Evento adverso**

Incidente que resulta em dano ao paciente

# 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**

---

# **Cultura de segurança**

- a) cultura na qual todos os trabalhadores 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) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança

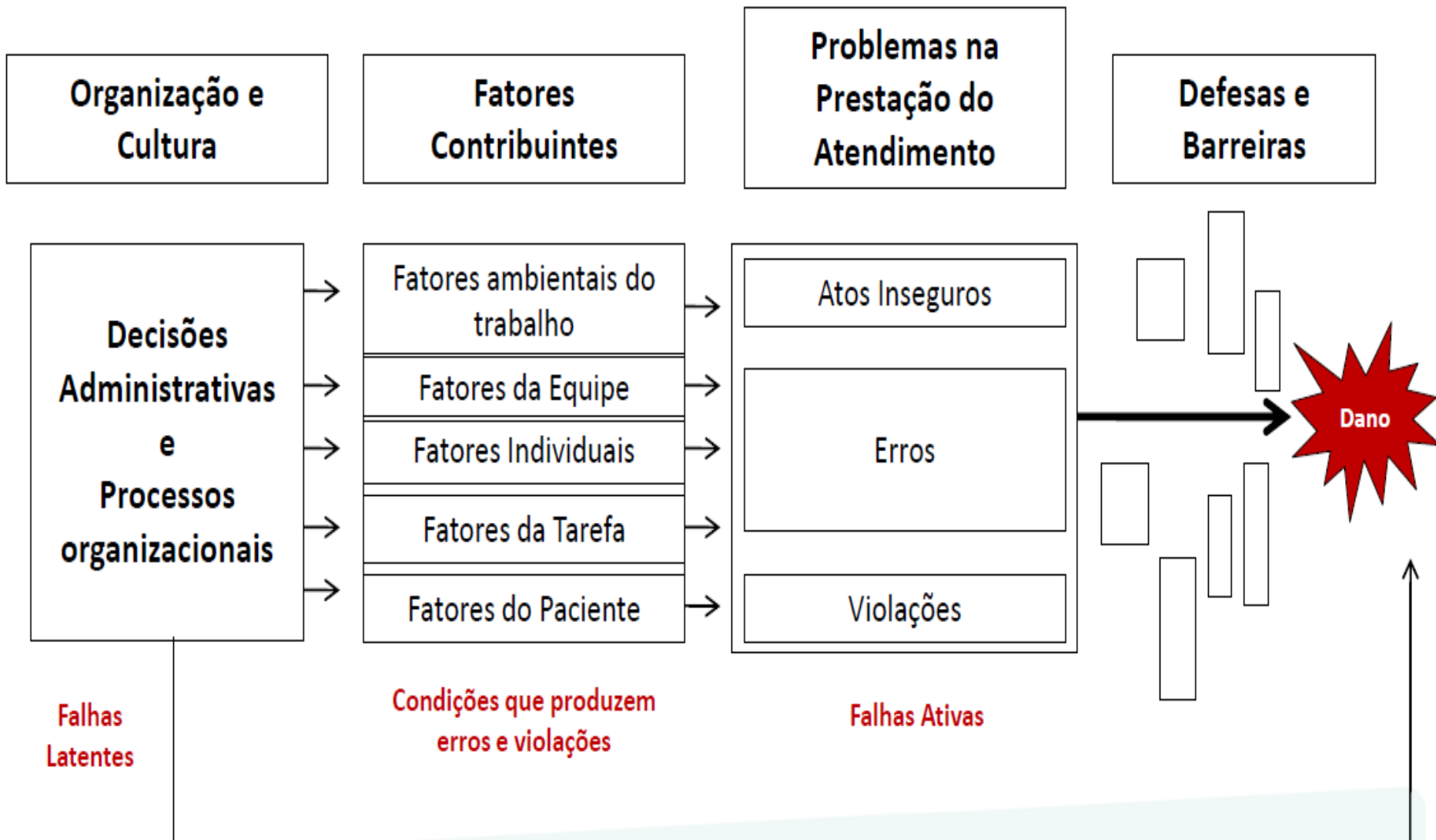
*Foco primário está no sistema e nos processos de trabalho, em vez de nos indivíduos*

*A cultura de segurança é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua, aprendizado contínuo com base nos registros das notificações/relatos de eventos e a primazia da segurança como prioridade em todos os níveis da organização.*

*Uma organização com uma cultura de segurança efetiva é aberta e justa com seus profissionais quando incidentes ocorrem:*

- *os profissionais sentem-se motivados a notificar/relatar o erro;*
- *aprende-se com os erros em vez de culpar os indivíduos;*
- *procura-se olhar para o que deu errado dentro do sistema.*

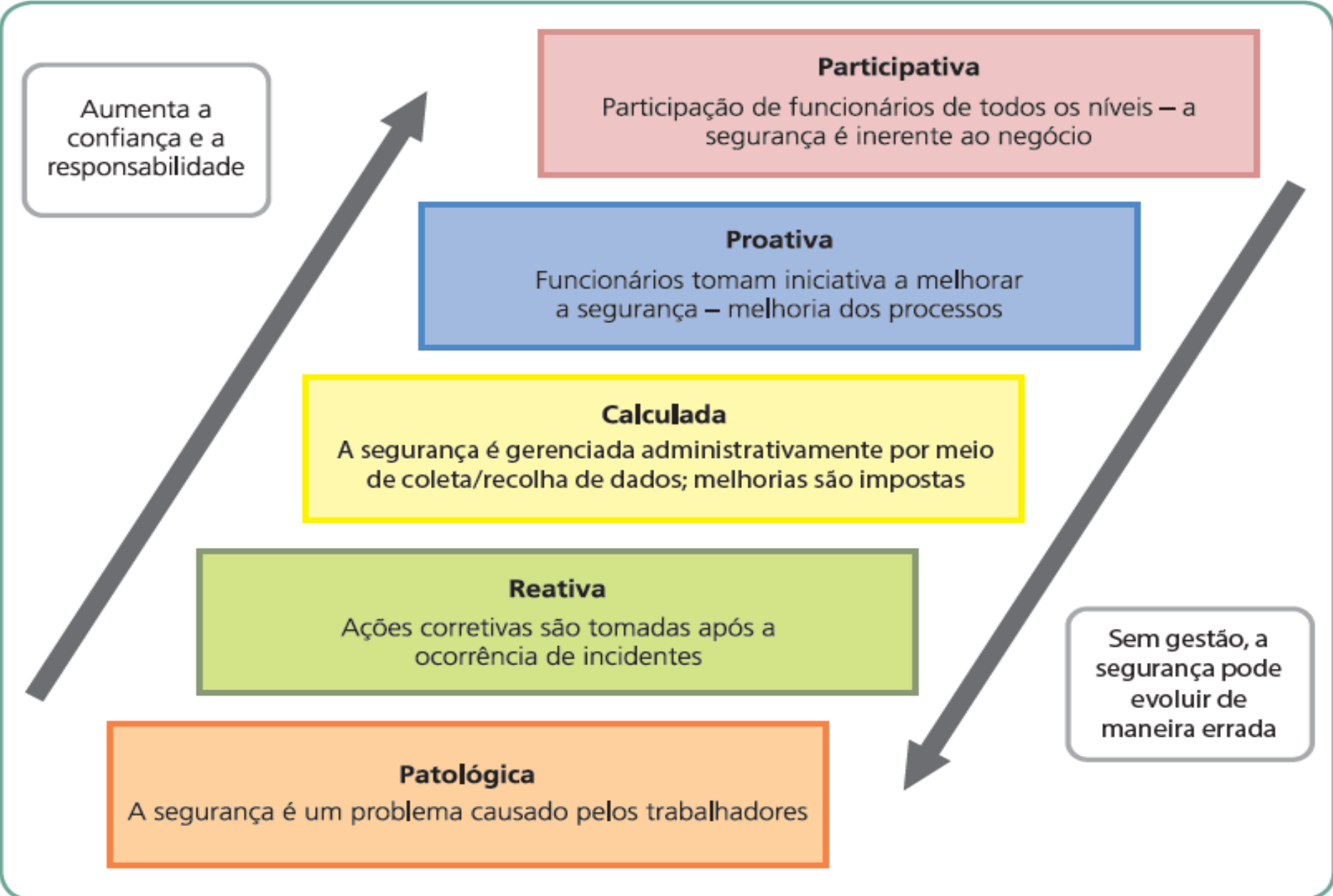




**Reason, 2001**

# ABORDAGEM SISTÊMICA

Figura 1 – Os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança



Fonte: Adaptado de Hudson (2003).

As organizações prestadoras de cuidados de saúde apresentam pelo menos dois obstáculos para fortalecer a cultura de segurança:

- a crença de que, quando se treina o profissional, o problema está resolvido – ele está pronto para a tarefa;
- a tendência em estigmatizar e punir a falibilidade – o erro se equipara à incompetência.

## Seis estratégias “à prova de erro” (em ordem de efetividade)

Mais forte



1ª Eliminar – eliminar a tarefa ou parte

2ª Substituir – usar um processo mais confiável

3ª Prevenir – dispositivo que dificulta a ocorrência de falhas

4ª Facilitar – torna o trabalho mais fácil de ser realizado corretamente

5ª Detectar – torna as falhas mais visíveis

6ª Mitigar – minimiza os efeitos dos erros

Mais fraco

# Erarr



# é humano.

**Se os erros não podem ser  
reduzidos a zero**



**Podemos reduzir a zero as  
instâncias em que um erro  
prejudica um paciente**



Que tipo de risco pode ser minimizado por meio da técnica representada na imagem?

Quadro 1 – IACS mais frequentes e factores de risco associados

Principais IACS	Principais factores de risco associados	Microrganismos
Infeção das Vias Urinárias (IVU)	Exposição ao cateter urinário (e duração da exposição)	Microrganismos Gram-negativos – por exemplo, <i>E. coli</i> e <i>Enterobacter spp.</i>
Infeção do Local Cirúrgico (ILC)	Contaminação durante o procedimento e duração da operação	<i>S. aureus</i> – frequentemente resiste à meticilina (MRSA). Coliformes fecais, no caso de operação ao intestino.
Infeção da Corrente Sanguínea (ICS)	Exposição ao cateter venoso central (e duração da exposição)	<i>Staphylococcus coagulase negativa</i> . Caso se trate de uma infeção secundária à IVU poderá ser por coliformes fecais.
Pneumonia	Exposição ao ventilador (e duração da exposição)	Microrganismos provenientes da flora das vias respiratórias superiores.

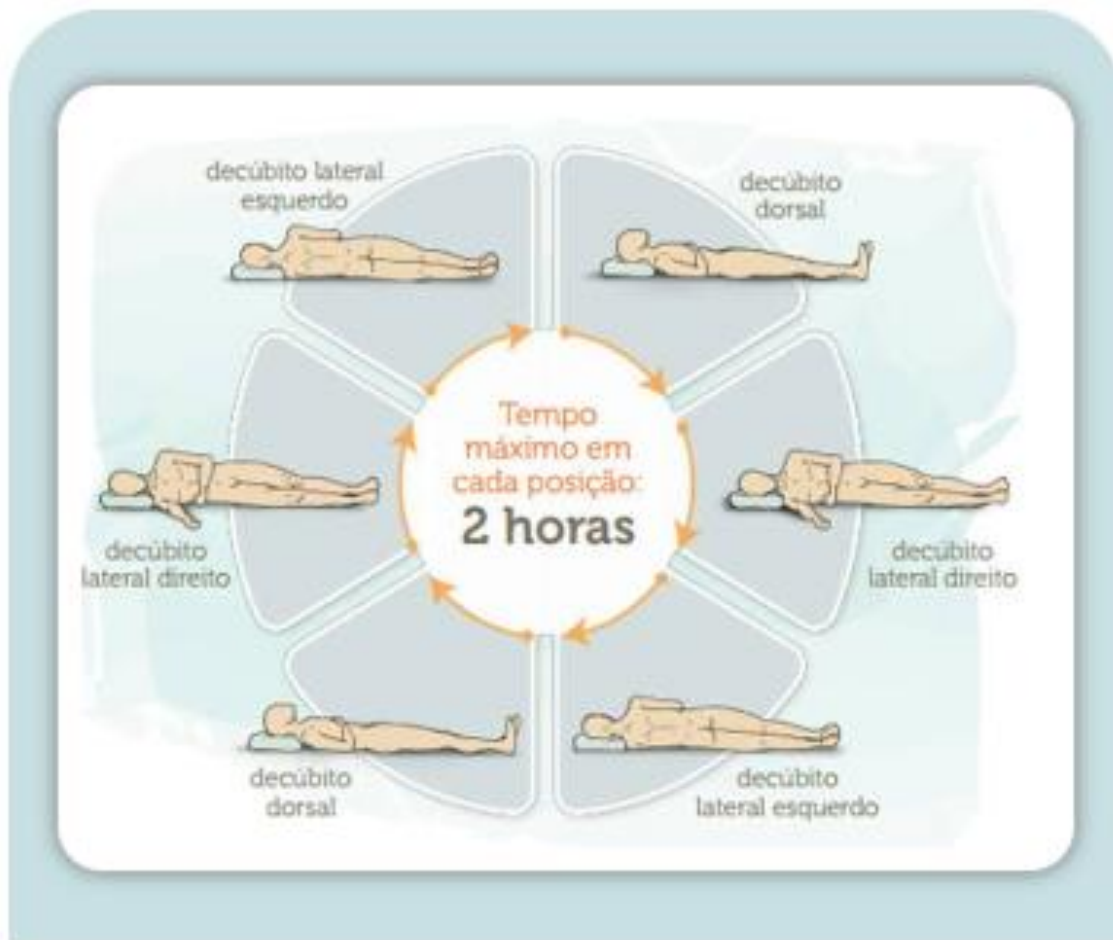


Que tipo de risco está associado ao que a imagem apresenta?



## Quadro 1– Tipos de erros relacionados com medicação

Erros de prescrição	<p>Seleção incorreta do medicamento (de acordo com contraindicações, alergias conhecidas ou outros factores).</p> <p>Monitorização, dose, via de administração, concentração, velocidade de infusão, instruções de uso inadequadas feitas pelo médico; prescrições ilegíveis ou que possam induzir a erro.</p>
Erro de transcrição	<p>Equívocos na transcrição da prescrição médica manual para o sistema de prescrição eletrónica.</p>
Erros de distribuição/ dispensa/ dispensação	<p>São os erros que ocorrem no momento da dispensa/dispensação dos medicamentos pelos serviços farmacêuticos (doses diferentes das prescritas, diferentes formas farmacêuticas e apresentações dos medicamentos, outro medicamento diferente do originalmente prescrito).</p>
Erro de preparação	<p>Medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração (reconstituição ou diluição incorreta, associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis).</p>
Erro de administração	<p>Estes erros incluem doses administradas pela via incorreta (diferente da prescrita), ou pela via correta, mas no local errado (troca do olho/ouvido, esquerdo pelo direito) e os casos em que o padrão de administração não é respeitado (por exemplo, volume de perfusão).</p>



Que tipo de dano pode ser evitado por meio da técnica representada na imagem?



A que tipo de risco o paciente da imagem está sujeito?



# ***Programa Nacional de Segurança do Paciente***

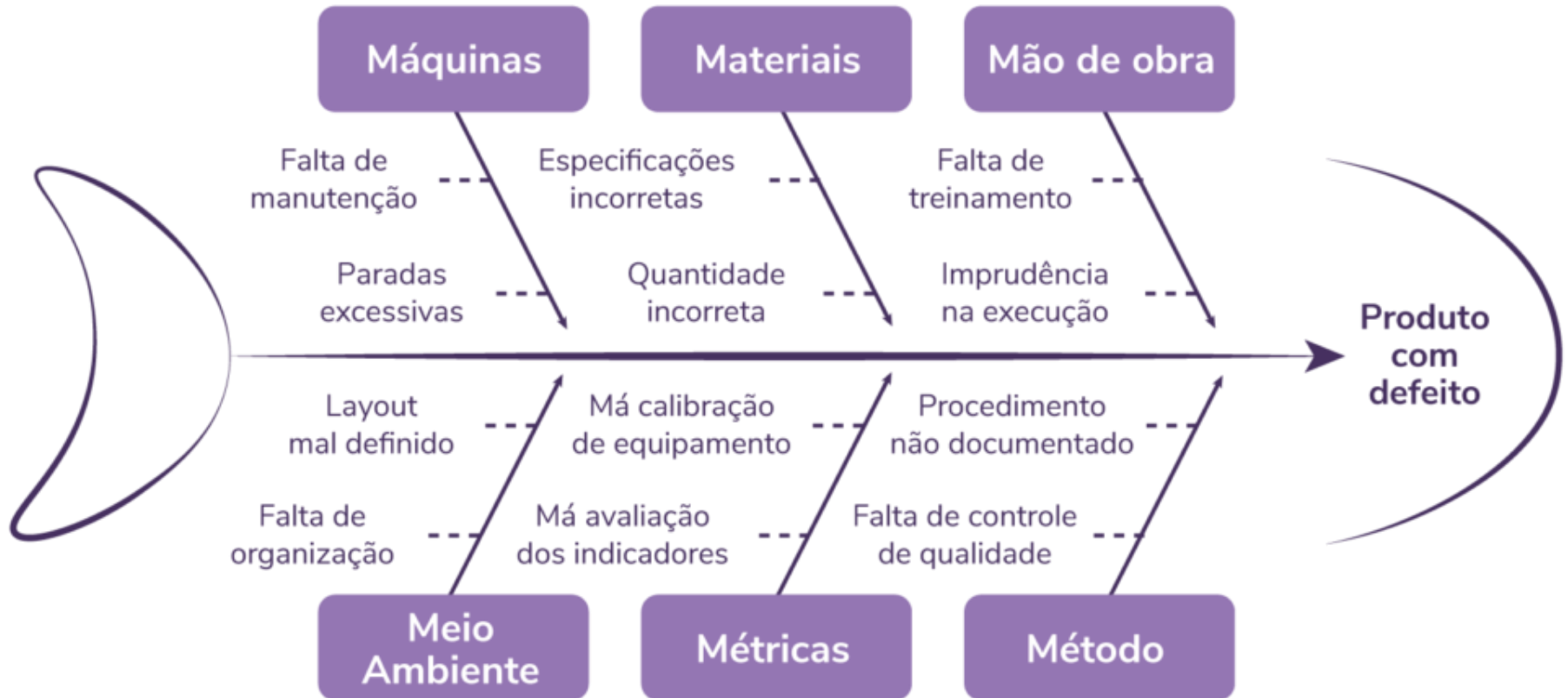
Instituída pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013

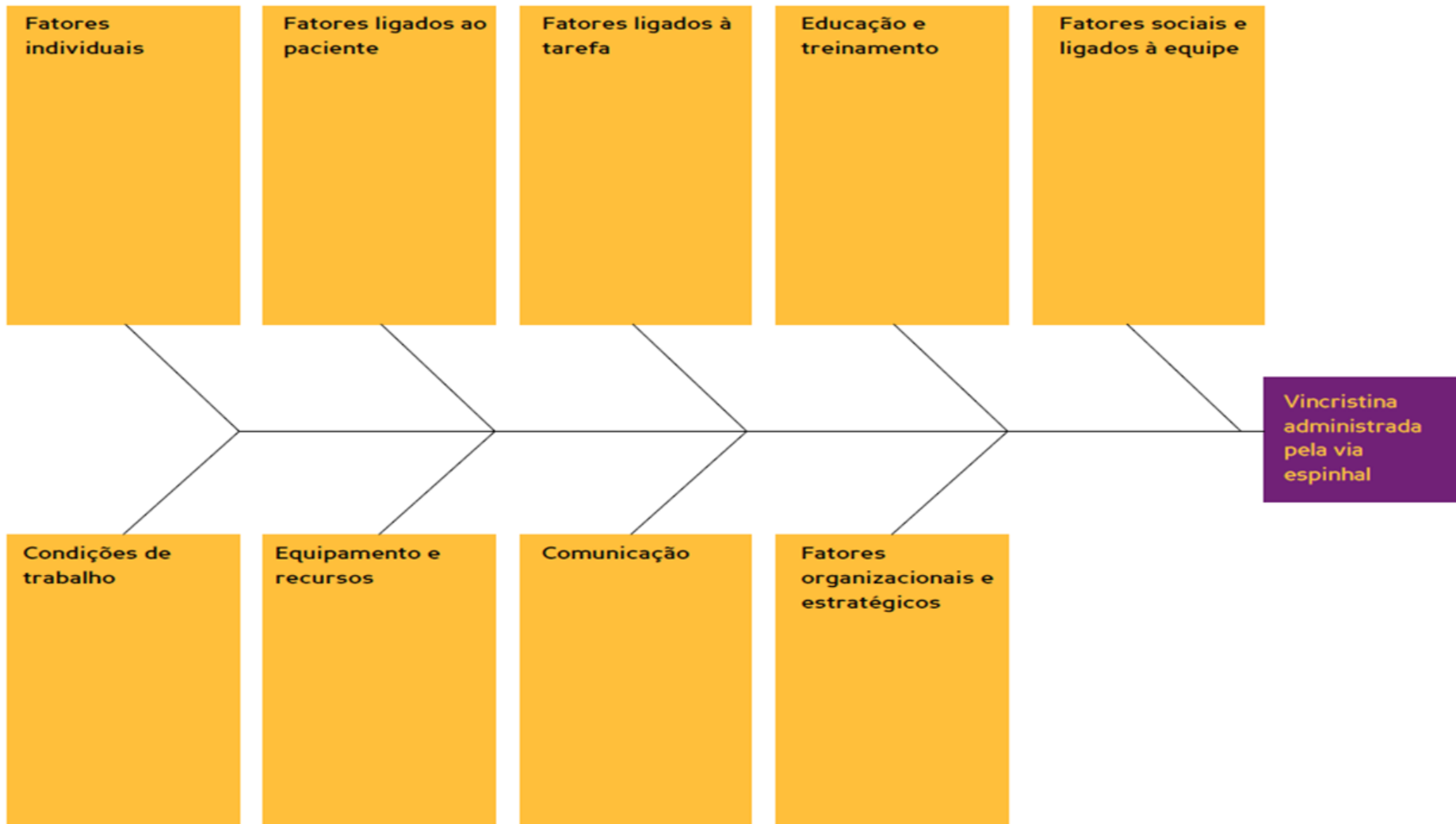
## ***Núcleo de Segurança do Paciente***

RDC nº 36, de 25 de julho de 2013

- Notificação de eventos
- Plano de segurança do paciente

# DIAGRAMA DE ISHIKAWA







<https://www.youtube.com/watch?v=WhGPfn2MDzY>



