



SEGURANÇA DO PACIENTE: ANÁLISE REFLEXIVA
PATIENT SAFETY: A REFLECTIVE ANALYSIS
SEGURIDAD DEL PACIENTE: ANÁLISIS REFLEXIVO

Francine da Silva e Lima de Fernando¹, Margarete Teresa Gottardo de Almeida², Kleber Aparecido de Oliveira³, Valquíria da Silva Lopes⁴, Cândice Lima Moreschi⁵

RESUMO

Objetivo: provocar reflexões teóricas acerca da segurança do paciente no contexto das instituições de saúde. **Método:** estudo descritivo, a partir de revisão narrativa da literatura, possibilitando a abordagem reflexiva ampliada e contextualizada. Após análise e reflexões apresentam-se os resultados em quatro eixos temáticos. **Resultados:** foram identificados quatro eixos analíticos fundamentais: << Eixo I: Segurança do paciente x práticas de higiene e limpeza do ambiente hospitalar >>, << Eixo II: Segurança do paciente x Higienização das mãos >>, << Eixo III: Segurança do paciente x risco nutricional >>, << Eixo IV: Segurança do paciente x gerenciamento de risco >>. **Conclusão:** conclui-se que os riscos sempre existem e que em grande parte poderiam ser evitados por meio da adesão dos profissionais da saúde às medidas de prevenção e controle, garantindo assim a segurança do paciente. **Descritores:** Infecção Hospitalar; Segurança do Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to incite theoretical reflections on patient safety in the context of health services. **Method:** this descriptive, narrative literature review enabled a comprehensive and contextualized reflective approach to the research topic. The results of the analysis and reflections are presented in four thematic axes. **Results:** we identified four key analytical axes: << Axis I: Patient Safety x hygiene practices and the cleanliness of the hospital environment >>, << Axis II: Patient Safety x hand hygiene >>, << Axis III: Patient Safety x nutritional risk >>, and << Axis IV: Patient Safety x >> risk management. **Conclusion:** we conclude that risks always exist, but could be largely avoided if health professionals adhered to prevention and control strategies, thus ensuring patient safety. **Descriptors:** Cross Infection; Patient Safety; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: provocar reflexiones teóricas sobre la seguridad del paciente en el contexto de las instituciones de salud. **Métodos:** este estudio descriptivo, a partir de una revisión narrativa de la literatura, posibilitó un análisis reflexivo amplio y contextualizado sobre el tema. Los resultados del análisis y de las reflexiones se presentan en cuatro ejes temáticos. **Resultados:** se identificaron cuatro ejes analíticos fundamentales: << Eje I: Seguridad del paciente x prácticas de higiene y limpieza del ambiente hospitalario >>, << Eje II: Seguridad del paciente x lavado de manos >>, << Eje III: Seguridad del paciente x riesgo nutricional >>, << Eje IV: Seguridad del paciente x gestión de riesgos >>. **Conclusión:** se concluye que los riesgos siempre existen, y que en gran medida podrían evitarse a través de la adherencia de los profesionales sanitarios a las estrategias de prevención y control, garantizando así la seguridad del paciente. **Descriptor:** Infección Hospitalaria; Seguridad del Paciente; Enfermería.

¹Enfermeira, Professora Mestre, Graduação em Enfermagem, Centro Universitário de Rio Preto/UNIRP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: francinesfernando@gmail.com.br; ²Bióloga, Professora Doutora, Departamento de Microbiologia, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: margarete@famerp.br; ³Enfermeiro, Professor Mestre, Graduação em Enfermagem, Centro Universitário de Rio Preto/UNIRP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: enfermeirokleber@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Mestre, Graduação em Enfermagem, Centro Universitário de Rio Preto/UNIRP. São José do Rio Preto (SP), Brasil. E-mail: valcina2009@hotmail.com; ⁵Fonoaudióloga e Pedagoga, Professora Doutora, Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Anhanguera. Valinhos (SP), Brasil. E-mail: candicelima@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Segurança do paciente é caracterizada pela redução do risco de danos desnecessários associados à assistência à saúde até o mínimo aceitável. Esse “mínimo aceitável” refere-se ao viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento ou de outro tratamento. Sendo assim, a segurança do paciente consiste em reduzir atos inseguros nos processos assistenciais e usar as melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.¹

O foco da segurança do paciente é a preocupação com a magnitude da ocorrência de eventos adversos (EA), com lesões ou danos ao paciente ocasionados pelo cuidado de saúde.² Os Incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente. O uso do termo “desnecessário” nesta definição é por se reconhecer que erros, violações, maus-tratos e atos deliberadamente inseguros ocorrem na assistência em saúde.¹

O erro é uma falha em realizar uma ação planejada como deveria acontecer ou a realização incorreta de um plano. De acordo com a Organização Mundial da saúde (OMS), os erros são definidos como não intencionais, enquanto que as violações geralmente são intencionais ou eventualmente até mal intencionadas, podendo tornar-se automáticas e rotineiras em certos contextos.^{1,2}

A violação é um desvio deliberado de um procedimento, norma ou regra. Tanto os erros quanto as violações aumentam os riscos, mesmo que um incidente não ocorra. O mais importante é saber que risco é a probabilidade de um incidente ocorrer. Assim, a segurança do paciente está intimamente relacionada aos EA e as infecções hospitalares apresentam-se como resultado, em algumas situações, da ocorrência desses eventos.^{1,2}

O termo infecção hospitalar vem sendo substituído nos últimos anos pelo termo Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). A responsabilidade pela prevenção e o controle das mesmas passa a ser considerada de todos os locais que prestam o cuidado e a assistência à saúde. Sendo assim, o hospital não é o único local onde se pode adquirir uma infecção, podendo existir o risco em procedimentos ambulatoriais, serviços de hemodiálise, casas de repouso para idosos, instituições para doentes crônicos, assistência domiciliar (“home care”) e clínicas odontológicas.³

Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são definidas como qualquer infecção adquirida após a admissão do paciente no hospital, podendo manifestar-se durante a internação ou após a alta, desde que esteja relacionada com a internação ou com os procedimentos realizados durante a internação. As IRAS podem estar associadas a procedimentos realizados em ambulatorios, consultórios e outras unidades de atendimento à saúde.³

A infecção caracteriza-se pela invasão e multiplicação de microrganismos dentro de ou nos tecidos do corpo, provocando sinais e sintomas, e uma resposta imunológica. A proliferação desses agentes provoca lesões, seja por competir com o metabolismo ou por causar lesões celulares devido às toxinas produzidas pelos microrganismos.⁴

A Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhecendo a magnitude do problema e a necessidade de promover a segurança do paciente a nível global, estabeleceu medidas por meio de uma Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). O propósito dessa iniciativa era definir e identificar prioridades nesta área em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial em pesquisas.⁵

O *World Health Organization (WHO) Patient Safety Program*, composto por diversos países, buscou definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente e de alta relevância para todos os países em níveis de desenvolvimento. Dentre essas questões, destacam-se a frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro, os EAs e as infecções associadas ao cuidado de saúde.⁶

No Brasil, em 2013, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional para Segurança do paciente, por meio da publicação da Portaria nº 529 (01/04/2013), sendo posteriormente publicada a Resolução nº36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que institui as ações de promoção para a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.⁷

A ANVISA é um órgão governamental responsável pela segurança do paciente, que tem como objetivo promover e garantir a proteção da saúde da população. Ações para segurança do paciente e melhoria da qualidade em serviços de saúde, consonantes com as previstas pela OMS e desenvolvidas pela ANVISA por meio de sua Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES/ANVISA), envolvem: 1) a higienização das mãos; 2) os procedimentos clínicos

Fernando FSL de, Almeida MTG de, Oliveira KA de et al.

Segurança do paciente: análise reflexiva.

seguros; 3) a segurança do sangue e hemoderivados; 4) a administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e 5) a segurança da água e no manejo de resíduos.⁷

O compêndio das estratégias de prevenção das IRAS é o resultado da colaboração entre sociedades profissionais, incluindo a Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), a Infectious Diseases Society of America (IDSA), a Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology e outras organizações empenhadas na melhoria da segurança e da qualidade do cuidado ao paciente, incluindo a Joint Commission e a American Hospital Association.^{8,9}

Reconhecendo a importância da prevenção das IRAS, essas organizações trabalharam em parceria para oferecer aos hospitais de cuidados agudos estratégias concisas, práticas e baseadas em evidências, a fim de aprimorar seus programas de prevenção de IRAS.^{8,9}

Mesmo assim, a problemática das IRAS continua sendo uma grande ameaça à segurança dos pacientes, principalmente aqueles que se encontram em situações delicadas, entre a vida e a morte. As IRAS, além de contribuir para o aumento das taxas de morbimortalidade, geram altos custos de hospitalização, devido ao tempo prolongado de permanência do paciente no hospital, assim como ao diagnóstico, ao tratamento e ao afastando do indivíduo, muitas vezes economicamente ativo.¹⁰

A equipe de enfermagem permanece 24 horas ao lado do paciente hospitalizado, observando e implementando cuidados de enfermagem prescritos por enfermeiros ou atendendo as prescrições médicas. Para que a assistência prestada seja segura, prevenindo e evitando complicações de doenças, faz-se necessária uma vigilância permanente e rigor no cumprimento de rotinas e protocolos institucionais, tecnicamente direcionados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.¹¹

A prevenção das IRAS no ambiente hospitalar encontra-se em parte associada à qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que o enfermeiro está à frente das ações de cuidado, implementando e supervisionando tais ações, ainda que em parceria com a equipe interdisciplinar. Tal parceria e comprometimento podem viabilizar resultados satisfatórios referentes aos índices de IRAS.¹¹

Entre as ações determinantes para a segurança do paciente e que se configuram como prática constante entre os profissionais da saúde, a higienização das mãos, prática mundialmente conhecida, é uma das maneiras mais eficientes e econômicas de prevenir

infecções. As mãos apresentam-se como o principal veículo de transmissão de infecções, devendo ser higienizadas antes e após qualquer procedimento empregado na assistência do paciente.¹²

Todos os serviços de saúde do país, públicos ou privados, devem notificar mensalmente (até o 15º dia do mês subsequente ao mês de vigiância): Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) (clínica e laboratorial) em pacientes em uso de Cateter Venoso Central (CVC) e internados em Unidade de terapia Intensiva (UTI) (adulto, pediátrica e neonatal) e os marcadores de resistência microbiana identificados na Infecção Primária da Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSSL) e na Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) cesariana por meio dos 27 novos Formulários eletrônicos por Estado - 2014 (Formsus/Datasus).¹³

OBJETIVO

- Provocar reflexões teóricas acerca da segurança do paciente no contexto das instituições prestadoras da assistência à saúde.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma abordagem reflexiva acerca da segurança do paciente no contexto das instituições prestadoras da assistência à saúde, bem como da participação dos profissionais de saúde envolvidos no processo. Para a elaboração do estudo, optou-se pela realização prévia de uma revisão narrativa da literatura, possibilitando uma abordagem ampliada e contextualizada.

Após análise e reflexões, os resultados foram apresentados em quatro eixos analíticos: Eixo I - Segurança do paciente x práticas de higiene e limpeza do ambiente hospitalar; Eixo II - Segurança do paciente x Higienização das mãos; Eixo III - Segurança do paciente x risco nutricional; e Eixo IV - Segurança do paciente x gerenciamento de risco.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise e reflexão teórica, proposta neste artigo, foi possível verificar que a segurança do paciente está de fato relacionada à ocorrência de eventos adversos (EA), em específico as IRAS, bem como às práticas inadequadas de higiene e limpeza do ambiente hospitalar e dos estabelecimentos de saúde, à higienização das mãos, aos riscos nutricionais e ao gerenciamento de riscos.

Com o intuito de demonstrar a associação de fatores no surgimento das IRAS e o

Fernando FSL de, Almeida MTG de, Oliveira KA de et al.

Segurança do paciente: análise reflexiva.

comprometimento da segurança do paciente, quatro eixos fundamentais de discussão foram elaborados:

◆ EIXO I: Segurança do paciente x Higiene e limpeza do ambiente hospitalar

Falhas na técnica de desinfecção nos alertam à possível presença de biofilmes aderidos às superfícies. Os microrganismos estruturados em forma de biofilme não são necessariamente visíveis, mas encontram-se viáveis e podem ser detectados por meio da técnica: Adenosina Trifosfato (ATP) bioluminescência.¹⁴

Quando um ambiente, artigo ou produto para a saúde não é rigorosamente limpo, os processos de desinfecção e de esterilização ficam inviabilizados. A matéria orgânica impede que o agente esterilizante ou desinfetante entre em contato com o instrumental. A limpeza eficiente diminui a carga de micro-organismos em 99,99%, reduzindo assim quatro logaritmos do *bioburden* microrganismo contaminante e garantindo a segurança do paciente.¹⁵

O processo de limpeza sempre deve preceder a desinfecção ou a esterilização dos produtos ou equipamentos de assistência à saúde. A limpeza consiste na remoção de sujidade visível, orgânica e inorgânica de um artigo para a retirada da carga microbiana. Portanto, essa etapa é essencial e indispensável para o processamento de todos os produtos ou equipamentos críticos, semicríticos e não críticos.¹⁶

Os conceitos de higiene do ambiente são atribuídos à enfermeira Florence Nightingale, consagrada pela dedicação aos doentes na Guerra da Criméia (séc. XIX). Ela verificou, por meio da observação clínica e de evidências que pacientes evoluíam melhor em ambientes limpos, arejados, com incidência de luz solar e quando separados espacialmente de acordo com o tipo de doença.¹⁷⁻⁸

O processo de desinfecção caracteriza-se pela destruição de microrganismos na forma vegetativa, presentes em superfícies inertes, por meio da aplicação de agentes químicos (como aldeídos, álcoois, cloro, dentre outros) e físicos (como as lavadoras termo desinfetadoras). Quanto ao seu espectro de ação, os processos de desinfecção diferenciam-se em desinfecção de alto nível, desinfecção de nível médio e desinfecção de baixo nível. A primeira é indicada para artigos que entram em contato com mucosa íntegra colonizada.¹⁶⁻⁹

Nas diversas unidades de assistência à saúde, o colchão é o artigo onde o paciente

permanece em contato por maior tempo - ou quase todo o tempo - durante o período de internação. Assim sendo, a técnica de desinfecção do colchão hospitalar para a prática diária foi amplamente difundida entre os cursos de formação em enfermagem. Essa técnica consiste em iniciar o processo de limpeza e a posterior desinfecção do local mais distante para o mais próximo ao corpo do profissional que realiza o procedimento, utilizando movimentos simples, amplos e unidirecionais, do local considerado mais limpo para o mais contaminado.²⁰

Um estudo que teve como objetivo analisar as superfícies dos colchões verificou que estes apresentam leituras mais baixas de ATP - técnica que evidencia a presença de microrganismos estruturados como biofilmes - e são, portanto, áreas mais limpas. Dois pontos devem ser considerados neste achado. Primeiro, a superfície de material impermeável que reveste o colchão não teve sua integridade testada, e colchões com esta barreira danificada podem apresentar contaminação na espuma e na parte interna sem que isso se reflita no exterior do colchão.^{21,45}

Segundo, o ajuste de risco, que leva em conta as diferenças subjacentes entre as populações de pacientes em ambientes de cuidados à saúde, é essencial para comparações que façam sentido, mas até o momento pouco se sabe sobre o ajuste ideal para o risco de desenvolvimento de IRAS. Desde 1970 ações de iniciativas vêm sendo apresentadas como prevenção.²²

As definições de IRAS, por exemplo, podem ser interpretadas e aplicadas de maneira variável, mesmo quando se utilizam definições padronizadas da *National Healthcare Safety Network*. Dessa maneira, a vigilância dos resultados de IRAS tem se concentrado tipicamente nas infecções associadas a procedimentos ou dispositivos.²³

Essas infecções ocorrem com relativa frequência entre pacientes hospitalizados, porque estão associadas a fatores de risco potencialmente modificáveis como: a remoção oportuna de cateteres centrais que não sejam mais necessários para o cuidado do paciente. As definições mais utilizadas são as da *National Healthcare Safety Network* e as dos *Centers for Diseases Control and Prevention*.²⁴

A variabilidade nos métodos e nas fontes de dados disponíveis utilizados para vigilância pode ter grande impacto na confiabilidade da aferição das IRAS. Há evidências crescentes de que métodos de vigilância de IRAS que utilizam dados automatizados de fácil acesso como dados de solicitações, microbiologia ou

Fernando FSL de, Almeida MTG de, Oliveira KA de et al.

Segurança do paciente: análise reflexiva.

farmácia para busca de pistas podem proporcionar uma abordagem mais eficiente.²⁵

As IRAS implicam um grande peso social e financeiro. No entanto, ainda é essencial demonstrar sua importância aos administradores dos hospitais, a fim de justificar a expansão dos programas de controle de infecção. As IRAS são consideradas de grande risco significativo para a segurança do paciente e não há razão para se economizar verbas sociais com intervenções de controle das mesmas.²⁵

Tendo em conta os riscos para a segurança do paciente e os custos econômicos associados às IRAS, os *Centers for Medicare and Medicaid Services* implantaram uma estratégia para limitar o reembolso das complicações de IRAS específicas, tais como ITU, infecções vasculares associadas a cateter e mediastinite após cirurgia de revascularização coronariana, em um esforço para motivar a melhoria. Essa alteração no reembolso será um incentivo financeiro adicional aos estabelecimentos de saúde para que evitem as complicações infecciosas.²⁶

◆ EIXO II: Segurança do paciente x Higienização das mãos

Os artigos científicos revisados retratam que a adesão dos profissionais da saúde à técnica higienização das mãos (HM) infelizmente continua falha, mesmo com todo o conhecimento teórico e científico, fato este que interfere na segurança do paciente. A necessidade da HM é reconhecida também pelas recomendações para essa prática presentes no Anexo IV da Portaria 2616/98 do Ministério da Saúde, que informa sobre o Programa de Controle de Infecção Hospitalar nos estabelecimentos de assistência à saúde.²⁷

Um estudo avaliou as mãos dos profissionais da saúde por meio da realização de cultura, constatando que a contaminação das mãos com lesões na pele foi maior que a contaminação das mãos que estavam íntegras. Observou-se maior número de *S. haemolyticus*, *S. aureus* e bacilos Gram negativos resistentes ao antibiótico, evidenciando que a higiene só foi eficiente no grupo de estudantes da área da saúde.²⁸

A higienização das mãos é relevante no estabelecimento de estratégias mundiais para a promoção da saúde e contribui efetivamente para a segurança do paciente e do trabalhador. A OMS lançou, em 2007, o Programa Cuidado Limpo é Cuidado Seguro e recomenda, entre outras estratégias, a observação da adesão e das condições estruturais para a higienização das mãos.^{29,30}

O Programa enfatiza cinco momentos, que representam as oportunidades mais

frequentes no contexto assistencial para a HM. São eles: oportunidade 1): antes do contato com o paciente; oportunidade 2): antes da realização de procedimento asséptico; oportunidade 3): após exposição a fluidos corporais; oportunidade 4): após contato com paciente e oportunidade 5): após contato com ambiente próximo ao paciente. Devemos considerar sempre, para a higiene das mãos, não somente a indicação, mas também toda e qualquer oportunidade para realizá-las. Deste modo, a adesão é expressa por meio da taxa de ações e oportunidades.²⁹

Dessa forma, a ANVISA recomenda, para a HM, o uso de quantidade suficiente de sabonete líquido, de modo a cobrir toda a superfície das mãos e dos punhos (ANVISA, 2008).³¹ A OMS recomenda como padrão-ouro para a HM o uso de soluções alcoólicas, devido à sua eficácia, à baixa exigência em infraestrutura, ao pouco tempo para aplicação e à boa tolerância da pele.³²⁻³

Embora essas soluções também sejam referidas pelos participantes como de sua preferência, foram utilizadas em somente 6% das oportunidades. Deste modo, considera-se que o uso de soluções alcoólicas deve ser incentivado na unidade, uma vez que é respaldado inclusive por diretriz nacional para a promoção da HM.³³

Por mais que essas ações de prevenções sejam supervisionadas, a IRAS ainda representam um crescente problema internacional. Em grande parte isso pode ser atribuído ao fato de existir um número cada vez maior de tecnologias que permitem sobrevida de pacientes graves ou ainda à baixa adesão da equipe de saúde às recomendações de biossegurança, entre outros a higienização das mãos e o uso de técnicas assépticas, principalmente na implantação de dispositivos invasivos. Assim, a não conformidade técnica permite a disseminação de microrganismos resistentes no ambiente de cuidado à saúde, elevando ainda mais a incidência das IRAS.³⁴⁻⁵

◆ EIXO III: Segurança do paciente x Risco nutricional

O risco nutricional prediz a desnutrição e desfechos negativos, almejando cuidados nutricionais adequados, como melhor acompanhamento nutricional para o paciente. Assim, sua prevenção depende da detecção precoce e de atenção especial com o cuidado nutricional em até 72 horas da admissão do paciente no hospital. A triagem nutricional neste período possibilita detectar esse risco.³⁶

O rastreio nutricional é definido como sendo o processo de identificação de características reconhecidas, associadas a

Fernando FSL de, Almeida MTG de, Oliveira KA de et al.

Segurança do paciente: análise reflexiva.

problemas nutricionais, com a finalidade de identificar indivíduos que se apresentam desnutridos ou em risco de desnutrição, avaliando assim a probabilidade de uma melhor ou pior resposta ao tratamento.³⁷

Pesquisas apontam que a desnutrição em doentes recém-hospitalizados chega a 50%. A desnutrição hospitalar é um importante fator de risco para a ocorrência de eventos sépticos, infecções de feridas, formação de abscessos e desenvolvimento de osteomielite e broncopneumonia. Dessa forma, a resolução desses eventos pode ser dispendiosa no que tange ao tempo de internamento.³⁸⁻⁴⁰

A desnutrição em pacientes hospitalizados está relacionada a doenças e fatores associados à infecção, doenças do trato gastrointestinal, rim, fígado, pulmão e coração, complicações cirúrgicas, deficiência de cicatrização de feridas, debilidade musculoesquelética ou decorrente de ingestão alimentar inadequada instalada durante o período de internação.³⁶

No Brasil, a desnutrição está presente em cerca de 48% dos pacientes internados no Sistema Público de Saúde (IBRANUTRI), sendo que parte dos pacientes apresentam algum grau de desnutrição quando admitidos e outros a desenvolvem durante a internação. Estudos demonstram que após a internação hospitalar, cerca de 70% dos pacientes inicialmente desnutridos têm uma piora gradativa do seu estado nutricional, o que contribui para o aumento da morbidade e mortalidade em até 65% dos pacientes.⁴¹

◆ EIXO IV: A Segurança do paciente x Gerenciamento de risco

Gerenciamento de risco é definido como um conjunto de análises e decisões complexas, com o objetivo de reduzir a probabilidade de riscos inaceitáveis. Aspirando a identificação de ações necessárias para gerenciar o risco, incluindo, se necessário, ações regulatórias. Segundo a ANVISA, o risco é a combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano. E o Gerenciamento de Riscos, por sua vez, é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das consequências ou da probabilidade de ocorrência.⁴²

Diante da magnitude do problema, a OMS alerta para os resultados do relatório do Institute of Medicine (EUA), que apresenta números inaceitáveis de IRAS, considerada como EA (evento adverso). Segundo esse relatório, 1,4 milhão de pessoas são infectadas anualmente e, nos países em desenvolvimento, o risco pode ser quatro vezes maior. Além disso, 4% dos pacientes

sofrem algum tipo de dano no hospital, 70% dos EA provocam incapacidade temporal e 14% dos incidentes são fatais.⁴³

Assim, em 2004 a OMS propôs a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, estabelecendo seis metas internacionais, descritas a seguir: identificação do paciente; comunicação efetiva; segurança de medicamentos de alta vigilância; cirurgia certa, no local certo e no paciente correto; redução do risco de lesões decorrentes de queda; redução do risco de infecção associada ao cuidado de saúde.⁴³

O conjunto dessas metas visa favorecer a segurança do paciente, independentemente do procedimento a ser realizado, variando desde a identificação do paciente na administração de um medicamento, até a realização de uma cirurgia e a notificação de eventos adversos, como as quedas e infecções associadas ao cuidado de saúde, visando à análise das causas desses eventos e a minimização da ocorrência de erros.⁴³

Os erros classificam-se em duas vertentes: “erro por comissão” ou ativo, quando se pratica algo errado, e “erro por omissão” ou passivo, quando não se faz a coisa certa, tanto na etapa de planejamento, quanto na fase de execução.⁴⁴

Como exemplo, podemos citar o rastreamento de câncer de cólon, que se inicia com a pesquisa de sangue oculto nas fezes, e é seguido pela indicação da colonoscopia quando a pesquisa resulta negativa. Caso a colonoscopia seja realizada anteriormente à pesquisa de sangue nas fezes, tal conduta se apresentaria como um erro de comissão. Este mesmo caso seria considerado um erro de omissão caso não fosse realizada a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Segundo as evidências atuais, esse rastreamento é recomendado em determinados pacientes, podendo ajudar a diagnosticar precocemente um câncer de cólon.⁴⁴

O Gerenciamento de Riscos passou a ser uma exigência da ANVISA nos estabelecimentos de saúde. Prescreve-se que estes possuam uma sistemática de monitorização e gerenciamento de risco das tecnologias em saúde, visando à redução e à minimização da ocorrência dos eventos adversos. Além disso, eles devem notificar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária quando da ocorrência de riscos, bem como de queixas técnicas envolvendo as tecnologias em saúde. Ainda assim, os riscos sempre existirão e só poderão ser minimizados por meio da educação da equipe de saúde.⁴⁵

CONCLUSÃO

O estudo conclui que os riscos existem e sempre existirão, tanto no ambiente hospitalar como em todas as unidades prestadoras de assistência à saúde. Entretanto, os mesmos podem ser evitados mediante adesão dos profissionais da saúde a práticas seguras. Assim sendo, acompanhar as atividades de controle de infecção nos serviços de saúde permite avaliar de maneira global a qualidade da assistência prestada, constituindo uma importante ferramenta para garantir a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. [Internet]. 2009. [cited 2014 Oct 18];1. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. [Internet]. 1991 [cited 2014 Oct 18];324(6):370-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987460>
3. Medeiros EAS, Wey SB, Guerra C. Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Comissão de Epidemiologia Hospitalar, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, [Internet]. 2005 [cited 2014 Oct 18]. Available from: http://www.apecih.org.br/arquivos/Revista_APECIH.pdf
4. Carmagnani MIS. Segurança e controle de infecção hospitalar. São Paulo: Editora Reichmann e Afonso; 2000.
5. World Health Organization. Patient safety solutions. [Internet]. 2007 [cited 2010 Mar 21]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>
6. World Health Organization (WHO). Global Priorities for patient safety research. [Internet]. 2009 [cited 2014 set 20]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/research/priorities>
7. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr 2013. Available from:
8. Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR Recomm Rep* [Internet]. 2004 [cited 2014 Oct 19];53(RR-3):1-36. Available from: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/HAPneu2003guidelines.pdf>
9. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Committee THICPA. Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings [Internet]. 2006 [cited 2014 Jun 3]; Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/ar/MDROGuideline2006>
10. Lacerda RA. Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu; 2003.
11. Lima MVR. Condutas em controle de infecção hospitalar: uma abordagem simplificada. São Paulo: Iátria; 2007.
12. Neves ZPC, Tipple AFV, Souza ACS, Pereira MS, Melo DS, Ferreira LR. Higienização das Mãos: O Impacto de Estratégias de Incentivo à Adesão entre Profissionais de Saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Neo Nata. *Rev Latino Am Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2014 Oct 21];14(4). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/p_t_v14n4a12.pdf
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim Informativo. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA. [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 3]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home>
14. Brown E, Eder AR, Thompson KM. Do surface and cleaning chemistries interfere with ATP measurement systems for monitoring patient room hygiene? *J Hosp Infect* [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 21];74:193. Available from: [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S01956701\(09\)004484/abstract](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S01956701(09)004484/abstract)
15. Boyce JM. Environmental contamination makes an important contribution to hospital infection. *J Hosp Infect* [Internet]. 2007 [cited 2014 Oct 21];65 (suppl 2):50-4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17540242>
16. Graziano KU. Processos de limpeza, desinfecção e esterilização de artigos médico-hospitalares. In: Oliveira AC, Armond GA,

Fernando FSL de, Almeida MTG de, Oliveira KA de et al.

Segurança do paciente: análise reflexiva.

Clemente WT. Infecções hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

17. Haddad VCN, Santos TCF. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). Esc. Anna Nery [Internet]. 2011[cited 2014 Oct 21];15(4):755-61. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a14v15n4.pdf>

18. Frello AT, Carraro TE. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 21]; 17(3):573-9. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/14148145=ean-17-03-0573.pdf>

19. Bathke J, Cunico PA, Maziero ECS, Cauduro FLF, Sarquis LMM, Cruz EDA. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 21];34(2):78-85. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a10.pdf>

20. Andrade D, Angerami ELS, Padovani CR. Condição Microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. Rev Saúde Pública [Internet]. 2000 [cited 2014 Oct 22]; 34(2):163-9. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1952.pdf>

21. Creamer E, Humphreys H. The contribution of beds to healthcare-associated infection: the importance of adequate decontamination. J Hosp Infect [Internet]. 2008 [cited 2014 Oct 23];69:8-23. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18355943>

22. McKibben L, Horan T, Tokars JI, Fowler G, Cardo DM, Pearson ML, Brennan PJ, et al. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2005 [cited 2014 Oct 23];33(4):217-226. Available from:

<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/PublicReportingGuide.pdf>

23. Klompas M. Does this patient have ventilator-associated pneumonia? JAMA [Internet]. 2007 [cited 2014 Oct 21];297:1583-93. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17426278>

24. Gaynes R. Nosocomial infection rates for inter-hospital comparison: limitations and possible solutions. A Report from the National

Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 1991 [cited 2014 Oct 21];12:609-21. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1664844>

25. Perencevich EN, Stone PW, Wright SB, Carmeli Y, Fisman DN, Cosgrove SE. Raising standards while watching the bottom line: making a business case for infection control. Infect Control Hosp Epidemiol [Internet]. 2007 [cited 2014 Oct 20];28:1121-33. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17933084>

26. Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare program: changes to the hospital inpatient prospective payment systems and fiscal year 2008 rates. [Internet] 2007. [cited 2014 Oct 21]; Available from:

<http://www.cms.hhs.gov/AcuteInpatientPPS/downloads/CMS-1533-FC.pdf>.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2616 de 12 de maio de 1998. Normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Brasília (DF): Diário Oficial da União [Internet] 1998. [cited 2014 Oct 20]; Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html

28. Rocha, LA. Microbiota das Mãos de Enfermeiras, Estudantes Universitários e Técnicos de Laboratório Associada a Lavagem Higiénica. Uberlândia: 2007.

29. Bb Mm World Health Organization. Guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge: clean care is safer care. Genebra: WHO; 2009. Available from:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

30. Oliveira AC, Paula AO. Monitorização da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. Acta Paul Enferm [Internet] 2011. [cited 2014 Oct 21];24(3):407-13. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/16.pdf>

31. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente. Higienização das mãos. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2008. [cited 2014 Oct 21]. Available from:

http://www.anvisa.gov.br/servicos/maos/paciente_hig_maos.pdf.

32. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde [Internet] 2013. [cited 2014 Oct 20]; Available from:

http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/protocolo_higiene_maos_09jul2013.pdf

Fernando FSL de, Almeida MTG de, Oliveira KA de et al.

Segurança do paciente: análise reflexiva.

33. Padoveze MC. Limpeza, desinfecção e esterilização: aspectos gerais. In: Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde. 1ª ed. São Paulo: APECIH- Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à assistência em Saúde:2010.

34. Ritchie DJ, Alexander BT, Finnegan PM. New antimicrobial agents for use in the intensive care unit. *Infect Dis Clin North Am* [Internet] 2009. [cited 2014 Oct 18];23(3):665-81. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19665089>

35. Eveillard M, Pradelle MT, Lefrancq B, et al. Measurement of hand hygiene compliance and gloving practices in different settings for the elderly considering the location of hand hygiene opportunities during patient care. *Am J Infect Control* [Internet]. 2011 [cited 2014 Oct 21];39(4):339-41. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21531274>

36. Vale RFC, Logrado, MHG. Estudos de validação de ferramentas de triagem e avaliação nutricional: uma revisão acerca da sensibilidade e especificidade. *Ciências Saúde* [Internet] 2013 [cited 2014 Oct 21];22(4):31-46. Available from:

http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a03_estudos_validacao_ferramentas.pdf

37. Kondrup J, Allison S, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical nutrition* [Internet]. 2003 [cited 2014 Oct 21];22(4):415-21. Available from:

<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/59--triagem%20espen.pdf>

38. Korfah G, Gundogdu H, Aydintug S, Bahar M, Besler T, Moral A. Nutritional risk of hospitalized patients in Turkey. *Clinical nutrition* [Internet]. 2009 [cited 2014 Oct 21];28(5):533-37. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19481309>

39. Planas M, Audivert S, Perez-Portabella C, Burgos R, Puiggros C, Casanelles J. Nutritional status among adult patients admitted to an university-affiliated hospital in Spain at the time of genoma. *Clinical nutrition*[Internet]. 2004 [cited 2014 Oct 21];23(5):1016-24. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15380891>

40. Bavelaar J, Otter C, Van Bodegraven A, Thijs A, Van Bokhorst-de Van Der Schueren M. Diagnosis and treatment of (disease-related) in-hospital malnutrition: the performance of medical and nursing staff. *Clinical nutrition*.

[Internet]. 2008 [cited 2014 Oct 21];27(3):431-38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18387718>

41. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: The Brazilian national survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. *Rev Nutrition* [Internet]. 2001 Jan [cited 2014 Oct 21];17(7/8):573-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11448575>

42. Forsythe SJ. *Microbiologia da Segurança Alimentar*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

43. World Health Organization. World Alliance for patient safety: the second global patient safety challenge: safe surgery saves lives. Geneva: WHO; 2008. 28p. Available from:

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf

44. Agência Nacional de Vigilância sanitária - ANVISA. Resolução - RDC N 2. de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília. Publicada DOU n 17 seção 01 de 26 de janeiro de 2010. [Internet]. [cited 2014 Oct 21]. Available from:

http://www.anvisa.gov.br/hotsite/seguranca_dopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%202-2010.pdf

45. Fernando FSL, Ferreira AM, Colombo TE, Rigotti MA, Rubio FG, Almeida MGT. Álcool etílico: análise da ação desinfetante sobre leveduras Presentes em colchões hospitalares. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2014 Oct 23];8(5):1273-83. Available from:

[file:///D:/Dados%20do%20Usuario/Downloads/5775-56541-1-PB%20\(4\).pdf](file:///D:/Dados%20do%20Usuario/Downloads/5775-56541-1-PB%20(4).pdf)

Submissão: 13/11/2014

Aceito: 22/01/2016

Publicado: 15/02/2016

Correspondência

Francine da Silva e Lima de Fernando
Residencial Jardins

Rua Celeste Táparo, 255

CEP 15061-738 – São José do Rio Preto (SP),
Brasil