

## Segurança do paciente: conexões de dispositivos

Patient safety: device connections

Seguridad del paciente: conexiones del dispositivo

Recebido: 20/07/2022 | Revisado: 28/07/2022 | Aceito: 29/07/2022 | Publicado: 07/08/2022

**Cristiane Lopes Amarijo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4441-9466>

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

E-mail: [cristianeamarijo@yahoo.com.br](mailto:cristianeamarijo@yahoo.com.br)

**Aline Belletti Figueira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8969-7091>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: [alinebelletti@gmail.com](mailto:alinebelletti@gmail.com)

**Naiane Glaciele da Costa Gonçalves**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2582-2417>

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

E-mail: [naianeglaciele@yahoo.com.br](mailto:naianeglaciele@yahoo.com.br)

### Resumo

**Introdução:** Anualmente, cerca de 100 mil pessoas morriam nos hospitais dos Estados Unidos vítimas de eventos adversos. Após essa divulgação surgiu a Era da Segurança do Paciente. **Objetivo:** Pretende-se ampliar a reflexão sobre os erros nas conexões de dispositivos terapêuticos que podem acarretar em eventos adversos graves, até mesmo letais. **Metodologia:** Reflexão teórica envolveu leitura, análise e interpretação de artigos que serviram de base às fases desta construção. **Resultados:** Após a leitura das publicações selecionadas elaborou-se oito categorias, intituladas: Dados estatísticos de eventos adversos; Errar é humano, evento adverso é falha no sistema; Protocolo de Segurança na Prescrição; Uso e Administração de Medicamentos; Cultura de segurança; Coparticipação do paciente; Educação Permanente e Formação acadêmica. **Conclusão:** A cultura de segurança do paciente deve ser amplamente disseminada nos serviços de saúde. Falhas e erros humanos são esperados em qualquer instituição e, por isso, é imprescindível implementar estratégias para a prevenção dos mesmos.

**Palavras-chave:** Danos ao paciente; Equipamentos e suprimentos; Cuidados de enfermagem; Segurança do paciente.

### Abstract

**Introduction:** Annually, approximately 100,000 people died in hospitals in the United States as victims of adverse events. After this disclosure came the Age of Patient Safety. **Objective:** It is intended to expand the reflection on errors in the connections of therapeutic devices that can lead to serious adverse events, even lethal. **Methodology:** Theoretical reflection involved reading, analyzing and interpreting articles that served as the basis for the phases of this construction. **Results:** After reading the selected publications, eight categories were elaborated, entitled: Statistical data of adverse events; To err is human, adverse event is system failure; Prescription Safety Protocol; Use and Administration of Medication; Safety culture; Patient co-payment; Permanent Education and Academic Training. **Conclusion:** The patient safety culture must be widely disseminated in health services. Failures and human errors are expected in any institution and, therefore, it is essential to implement strategies to prevent them.

**Keywords:** Damage to the patient; Equipment and supplies; Nursing care; Patient safety.

### Resumen

**Introducción:** Anualmente, cerca de 100 mil personas morriam nos hospitais dos Estados Unidos vítimas de eventos adversos. Após essa divulgação surgiu a Era da Segurança do Paciente. **Objetivo:** pretender ampliar una reflexión sobre los errores en las conexiones de los dispositivos terapéuticos que pueden acarrear en eventos adversos graves, até mesmo letais. **Metodologia:** Reflexão teórica envolveu leitura, análise e interpretação de artigos que sirvan de base às fases desta construção. **Resultados:** Após leitura das publicações selecionadas elaborou-se oito categorias, intituladas: Dados estatísticos de eventos adversos; Errar é humano, evento adverso é falha no system; Protocolo de Seguridad en la Prescripción; Uso y Administración de Medicamentos; Cultura de seguridad; Coparticipación del paciente; Educación Permanente y Formación académica. **Conclusión:** A la cultura del paciente seguridad do deve ser amplamente difundida nos serviços de

saúde. Falhas e erros humanos são esperados em qualquer instituição e, por lo tanto, é imprescindível implementar estratégias para a prevenção dos mesmos.

**Palabras clave:** Daño al paciente; Equipo y suministros; Cuidado de enfermería; Seguridad del paciente.

## 1. Introdução

Desde de Hipócrates (460 a 370 a.C.) a preocupação com a segurança do paciente é uma realidade. É dele a premissa *Primum non nocere*, ou seja, primeiramente não cause danos (BRASIL, 2014). O erro é uma condição intrínseca a toda atividade humana. A assistência à saúde não se excetua a esse fato o que se torna preocupante ao se considerar que um erro assistencial gera danos aos pacientes (Leyes et.al, 2020) podendo levá-los ao óbito.

Contudo, somente com a divulgação do relatório *To Err is Human*, em 2000, que a segurança do paciente ganhou relevância. Nele, foi definido o termo evento adverso (EA) como “dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base”, que prolonga “o tempo de permanência do paciente” ou resulta “em uma incapacidade presente no momento da alta” (BRASIL, 2014, p.5).

Conforme dados do referido relatório, aproximadamente 100 mil pessoas faleciam nos hospitais dos Estados Unidos, anualmente, devido a eventos adversos; um percentual de mortalidade mais elevado do que os atribuídos aos pacientes soropositivos (HIV positivo), oncológicos (câncer de mama) ou atropelamentos. Apontou ainda, que a ocorrência de EA representava também um grave prejuízo financeiro. As estatísticas apontam que, em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis (Brasil, 2014).

A partir dessa publicação surgiu a Era da Segurança do Paciente, mobilizando diversas instituições nacionais e internacionais, com o objetivo de tornar o processo de assistência em saúde mais seguro e menos passível de erros (Dias et. al., 2014). Em 2004, demonstrando preocupação com tal problemática, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a World Alliance for Patient Safety que mais tarde passou a se chamar Patient Safety Program, cujo objetivo era organizar os conceitos e as definições acerca da segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e ocorrência de eventos adversos (Brasil, 2014).

Em nível mundial, no ano de 2006, a OMS definiu seis metas internacionais de segurança do paciente, com o objetivo de promover melhorias nas práticas assistenciais e evitar danos aos pacientes. São elas: identificação do paciente, Comunicação efetiva, Administração de Medicamentos, cirurgia segura, Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde e prevenção de quedas (Brasil, 2014).

Em nível nacional, no ano de 2013, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente objetivando contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados. Conforme o referido programa, a Segurança do Paciente consiste na redução, a um mínimo aceitável, da ocorrência de eventos adversos (Brasil, 2013), ou seja, evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los (Brasil, 2014).

Por serem profissionais que passam 24 horas por dia acompanhando os pacientes, os profissionais da enfermagem são atores fundamentais na garantia da segurança do paciente. A segurança envolve desde a entrada do paciente na unidade até a sua saída.

Inúmeros estudos vem sendo realizados com o foco na segurança do paciente, principalmente no que concerne aos erros na administração de medicamentos ou outros tipos de eventos adversos relacionados a equipamentos e materiais que não incluem

os erros de conexões (Neto et. al., 2018; Padilla, Alcaraz, 2018; Xelegati et. al, 2019; Leyes et.al., 2020). Raros são os que abordam as conexões corretas de dispositivos (Matsuba et.al., 2019; Zanatta, 2019).

A administração de fármacos e soluções por cateteres, sondas e seringas é prática de enfermagem comum desenvolvida em ambientes de atendimento à saúde (ISMP, 2019a). A infusão de soluções por vias erradas, como, por exemplo, soluções que deveriam ser administradas em sondas enterais foram realizadas em cateteres endovenosos, em virtude da possibilidade de conexão errada, é um evento frequente, porém pouco documentado, que pode causar graves consequências e até mesmo a morte do paciente.

Considerando o que foi apresentado, a enfermagem deve oferecer um cuidado seguro, sem danos, identificando no sistema de saúde as possíveis falhas, desenvolvendo uma busca contínua de soluções que visem a um cuidado efetivo e com segurança (Dias et. al., 2014). O profissional de enfermagem é um dos responsáveis pelo processo de análise de riscos para a consequente redução e prevenção de incidentes.

Dentre as atribuições do enfermeiro está a de gestão do cuidado e da unidade. Sua atuação perpassa os domínios assistencial, gerencial, pesquisa e ensino, exigindo-lhe determinadas competências, ou seja, que ele tenha capacidade de articular, conhecimentos, habilidades e atitudes. As competências são imprescindíveis para o gerenciamento do cuidado. Liderança, tomada de decisão, comunicação e educação permanente são também competências necessárias (Treviso et al., 2017).

Neste propósito, o estudo pretende ampliar a reflexão sobre os erros nas conexões de dispositivos terapêuticos que podem acarretar na infusão de soluções em via errada, resultando em eventos adversos graves e até mesmo letais ao paciente, bem como, apontar estratégias para o enfrentamento desta situação.

## **2. Metodologia**

Esta reflexão teórica parte dos temas “segurança do paciente”, “equipamentos e provisões”, “cuidados de enfermagem” e “dano ao paciente”. Envolveu leitura, análise e interpretação de artigos que serviram de base às fases desta construção. Os artigos foram selecionados nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Também foram realizadas leituras dos principais Manuais do Ministério da Saúde relacionadas à temática. Em complementaridade, foram consideradas a experiência profissional da autora.

## **3. Resultados**

Após leitura exaustiva das publicações selecionadas, pertinentes ao tema, elaborou-se oito categorias intituladas: Dados estatísticos de eventos adversos; Erro é humano, evento adverso é falha no sistema; Protocolo de Segurança na Prescrição; Uso e Administração de Medicamentos; Cultura de segurança; Coparticipação do paciente; Educação Permanente e Formação acadêmica, que serão exploradas na sequência.

### Dados estatísticos de eventos adversos

Pesquisa realizada em São Paulo mostrou que os eventos adversos, ou seja, injúrias não intencionais, erros, negligência ou baixa qualidade do serviço, configuram a primeira causa de óbitos no país, à frente das doenças cardiovasculares e do câncer. Segundo a pesquisa a cada três minutos, cerca de dois brasileiros morrem em um hospital por consequência de um erro que poderia

ter sido evitado. A conclusão é de um estudo apresentado no Seminário Internacional intitulado Indicadores de qualidade e segurança do paciente na prestação de serviços na saúde, realizado em São Paulo no ano de 2015 (IBSP, 2016).

Essas falhas ou eventos adversos, representam problemas que vão desde erro de dosagem ou de administração de medicamentos até o uso incorreto de equipamentos e infecção hospitalar. A pesquisa, realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, estima que, em 2017, essas falhas acarretaram em 400.000 óbitos, o equivalente a 1.000 mortes por dia (IBSP, 2016).

Isso revela que esses incidentes compõem uma das principais causas de mortalidade dos brasileiros. Nesse sentido, essas mortes constituiriam a primeira ou segunda causa de mortes no país, superando as doenças cardiovasculares e o câncer. Além os óbitos, os eventos adversos podem, ainda, gerar sequelas com comprometimento do exercício das atividades da vida do paciente (IBSP, 2016).

Em relação aos eventos adversos, inexistente sistema de saúde infalível. Até mesmo os mais avançados sofrem com eles. Essa situação revela um contexto global de falhas da assistência à saúde. No Brasil, apesar dos esforços, há pouca transparência sobre essas informações, existindo escassos dados estatísticos sobre os eventos adversos (IBSP, 2016).

### **3.1 Errar é humano, evento adverso é falha no sistema**

De forma equivocada, a premissa de que o profissional da saúde não erra encontra-se disseminado por toda sociedade e até mesmo entre os próprios profissionais. Os cursos de formação técnica e superiores difundem erroneamente o conceito de que “bons profissionais não erram” ou que “profissionais atentos não erram”, desmerecendo que errar é humano (Reason, 2000).

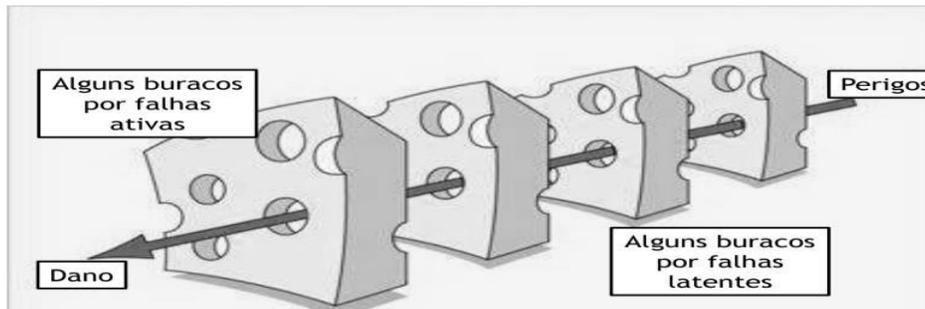
Nesse sentido, cabe aos gestores dos serviços de saúde a organização dos mesmos considerando que os profissionais podem errar, mas de tal forma que mecanismos sejam elaborados para que esse erro não atinja o paciente (Brasil, 2014). Os eventos adversos não são causados por más pessoas, mas por sistemas que foram mal desenhados e produzem resultados ruins.

São inúmeros os tipos de erros relacionados à segurança do paciente, sendo esses divididos em dois tipos: os erros ativos (que ocorrem durante a execução dos cuidados) e os erros latentes (que são erros de planejamento e que atingem todo o processo). Assim, os erros ativos são aqueles que ocorrem na linha de frente, seus efeitos são sentidos quase que imediatamente (erros cometidos por descuido do operador); já os erros latentes ocorrem longe da linha de frente, fora do controle direto do operador (Treinamento inadequado, instalação incorreta, falta de manutenção, falhas gerenciais e estruturais) (Reason, 2000, 2003).

Quase todos os eventos adversos envolvem uma combinação desses dois conjuntos de fatores, as falhas ativas e as latentes. Ao contrário das falhas ativas, cuja ocorrência é difícil de prever, as latentes podem ser identificadas e modificadas antes que ocorra um evento adverso acarretando uma gestão proativa e não reativa do risco (Brasil, 2014).

Nessa perspectiva, surge o Modelo do Queijo Suíço (Reason, 2000), que defende que a ocorrência de um erro ativo, é consequência do alinhamento dos erros latentes, caracterizado pelos buracos nas camadas de queijo. A Figura 1 mostra esse conceito.

**Figura 1** - Modelo Do Queijo Suíço.



Fonte: Reason (2000).

“A noção de que os erros podem ser ativos ou latentes justifica o modelo de ‘barreiras’ para impedir que o erro chegue ao paciente” (Brasil, 2014, p.16). Um exemplo de erro ativo pode ser a troca de determinado medicamento no momento da administração propriamente dita. Como exemplo de erro latente pode-se citar a falta de um medicamento no serviço de saúde.

O modelo mostra uma abordagem sistêmica para gerenciar o erro, demonstrando que quando não há camadas de queijo (ou barreiras), os orifícios se comunicam e o risco atinge o paciente, por não encontrar barreiras. Pode-se citar como barreiras impeditivas de que o risco chegue ao paciente: profissionais capacitados; implementação de protocolos de saúde; adoção do checklist cirúrgico; a higiene das mãos; protocolos de diluição de medicamentos, entre outros (Brasil, 2014).

Esse modelo tenta diminuir a ocorrência dos erros, através do desenvolvimento de barreiras organizacionais, uma vez que os erros não são consequência de maus profissionais, mas sim de uma estrutura inadequada de assistência. Dessa forma, para que se possa modificar a realidade dos ambientes, no intuito de estabelecer uma cultura de segurança do paciente, é necessário mudar o foco da busca dos erros, como sendo falhas individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema, mudando de um ambiente punitivo e sigiloso, para um ambiente de cultura justa e transparente (diferencia os trabalhadores cuidadosos que cometem erros, dos que têm um comportamento de risco) (Brasil, 2014).

Entre os erros ativos mais comuns na prática clínica efetuados pela equipe de enfermagem destacam-se: erros na dosagem dos medicamentos, no qual o paciente recebe doses equivocadas por falha do profissional de saúde; administração de medicamento no paciente errado, caracterizando identificação incorreta do paciente; falha quanto aos procedimentos diagnósticos, como realização de exames no paciente errado ou na área/parte do corpo errada; equívocos em conexões, como conectar dieta enteral em acesso venoso central, entre outros (Mangili et.al., 2017).

Quanto aos erros latentes relacionados à infraestrutura hospitalar destacam-se os materiais e equipamentos de má qualidade oferecidos ao paciente durante o cuidado, mau funcionamento de equipamentos de assistência como respiradores artificiais, desfibriladores, aspiradores à vácuo causados pela falta de manutenção dos aparelhos ou da rede de gases medicinais (oxigênio, ar comprimido), instalações elétricas precárias sendo necessário utilizar extensões e conectores improvisados, problemas com o gerador elétrico da instituição hospitalar causando falta de energia elétrica dentro de ambientes de cuidados críticos, entre outros (Ribeiro et.al., 2018).

### 3.2 Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

O Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso, e Administração de medicamentos objetiva a promoção de práticas seguras na administração de medicamentos em serviços de saúde, uma vez que os erros quanto à prescrição, uso, e administração de medicamentos representam a segunda maior causa de erro no âmbito hospitalar, segundo o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (Brasil, 2013; Argolo, 2017).

Tendo em vista que a ocorrência de erros de medicação pode acarretar sérias consequências aos usuários, o referido protocolo preconiza a utilização dos nove certos da enfermagem para administração de medicamentos que são o paciente certo, o medicamento certo, a via certa, a hora certa, a dose certa, o registro certo, a ação certa, a forma certa e a resposta certa (Argolo, 2017).

Utilizar os nove certos não é garantia de que os erros de administração de medicamentos não ocorra, mas pode prevenir parte desses eventos, contribuindo para a segurança e a qualidade da assistência prestada no âmbito hospitalar (Brasil, 2013).

No ano de 2017 a OMS elaborou o Desafio Global de Segurança do Paciente intitulado Medicação sem danos (*Medication without harm*) cujo objetivo consiste em reduzir os agravos evitáveis atrelados a utilização de medicamentos a partir da implementação de ações que perpassam quatro domínios: pacientes, profissionais da saúde, medicamentos e sistemas e técnicas de medicação (ISMP, 2019b).

Para a administração de medicamentos de forma segura, e alcançar a meta da OMS, é necessário que o enfermeiro compreenda as diferenças entre vias de aplicação medicamentosa, a taxa de absorção de cada uma delas bem como o início de ação. É desencorajado o uso de seringas para administração de medicamentos de uso tópico como óleos e pomadas (ISMP, 2019a).

A distração durante o preparo de medicações atrelado ao uso de seringas de uso endovenoso para administração por via oral intensifica a possibilidade de ocorrência de erro ou evento adverso. A interrupção pode acarretar na omissão de algumas das etapas de preparo do medicamento ou afetar a memória causando esquecimento como, por exemplo, a via de aplicação do fármaco preparado. Vale ressaltar que os erros não ocorrem apenas com os profissionais de enfermagem, mas também com médicos e farmacêuticos (ISMP, 2019b).

O uso de seringas para administração de medicamentos por via oral, via sonda nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia, endovenosa intensifica os riscos relacionados a segurança do paciente visto a possibilidade de que uma medicação que deveria ser administrada, por exemplo, via gastrostomia, ser injetada por via endovenosa em virtude das conexões desses dispositivos permitirem tal encaixe. Seringas de uso oral que permitem a conexão em dispositivos endovenosos contribuem para a ocorrência dos eventos adversos que podem ser potencialmente fatais, relacionados a administração de medicamentos. Por isso se faz imperativo elaborar barreiras para que o risco de eventos adversos relacionados a administração de medicamentos seja reduzido ou mesmo eliminado (ISMP, 2019a).

Inúmeros são os eventos adversos que ocorrem em virtude da administração de medicamento oral por via endovenosa devido ao uso de seringas. Dentre as estratégias que estão sendo empregadas atualmente para evitar esse erro estão: ao preparar ou fracionar medicamento de uso oral, utilizar somente seringas para administração oral; utilizar etiquetas de alerta de via; conscientização da equipe de enfermagem e educação permanente (ISMP, 2016). É inquestionável a relevância dessas ações, todavia o risco ainda segue inerente quando se trata de conexões entre seringas e dispositivos.

Dados de uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos evidenciou que cada paciente internado em um hospital norte americano está suscetível a ocorrência de um erro de medicação, diariamente. Nesses serviços ocorrem, anualmente, em torno de

400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a terapêutica medicamentosa, sendo eles identificados em todas as etapas desde a dispensação, pela farmácia, até a administração no usuário (Brasil, 2013).

Frente a possibilidade de prevenção de erros de administração de medicamentos e do risco de dano relacionado a ocorrência, é imprescindível identificar a natureza e determinantes desses eventos, como meio de elaborar ações para sua prevenção. A identificação dessas falhas contribuem para a promoção segurança do paciente no hospital (Brasil, 2013).

A seguir serão abordados, brevemente mas não menos importantes, outros pontos imprescindíveis acerca segurança do paciente. Alguns deles integram a cartilha denominada 10 Passos para a Segurança do Paciente elaborada a partir de uma parceria entre o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) e a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Com base em evidências científicas, ela apresenta 10 ações que os enfermeiros devem implementar para manter a segurança dos pacientes (Avelar et al., 2010).

O foco desta reflexão consiste na segurança das conexões e dispositivos e por isso não se aprofundará nos demais tópicos.

### **3.3 Cultura de segurança**

Na área da saúde, a natureza complexa dos processos de cuidado proporciona alto risco de ocorrência de erros durante o desenvolvimento das atividades assistenciais. Nesse sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de medidas de segurança que busquem barrar a ocorrência desses erros potenciais através de um ambiente livre de culpabilização.

Conceitualmente, a cultura de segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (Brasil, 2014). É, ainda, um componente estrutural imprescindível dos serviços de saúde que favorece a adoção de práticas seguras com o intuito de subtrair a ocorrência de eventos adversos (Brasil, 2020).

Ao permitir que os profissionais relatem erros que resultaram ou não em incidente com dano ao paciente, sem medo de repreensão ou punição, a cultura de segurança promove a melhoria das falhas estruturais e organizacionais que levaram a ocorrência desses eventos adversos, através do conhecimento dos pontos falhos da assistência prestada (Brasil, 2014).

### **3.4 Coparticipação do paciente**

Outra estratégia que tem sido estimulada para a prevenção de incidentes é o envolvimento do próprio paciente nas ações de cuidado, sendo considerado um importante aliado na ampliação da assistência prestada, uma vez que esse é considerado a última barreira para que o erro aconteça. Entre os obstáculos existentes que dificultam a participação do paciente, pode-se destacar o desconhecimento do profissional de saúde sobre a segurança do paciente, o medo do estabelecimento de uma relação entre profissional-paciente, pacientes com dificuldades neurosensoriais (idosos, uso de polifarmácia, medicações de alto risco, psicotrópicos, digitálicos, benzodiazepínicos) (Brasil, 2017).

Nessa perspectiva, pode-se perceber que a comunicação é uma ferramenta de extrema importância para a efetiva prevenção de incidentes, através da adoção de comunicação aberta entre profissionais-acompanhantes-pacientes; fiscalização e vigilância dos cuidados pelos acompanhantes; conferência das intervenções profissionais pelo paciente; reconhecimento dos eventos adversos pelos pacientes e familiares; fornecer informações aos pacientes e/ou acompanhantes sobre o plano de cuidado;

fornecer orientações aos pacientes sobre como auxiliar a equipe de saúde na redução de erros hospitalares; informar pacientes e familiares sobre a ocorrência de eventos adversos; e promover o compromisso do paciente com o autocuidado (Brasil, 2017).

Assim, a equipe de saúde deve investir na implementação de estratégias que visem proporcionar o envolvimento do paciente no cuidado seguro, tais como: a comunicação aberta/efetiva entre pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde; o desenvolvimento da autonomia do paciente para o autocuidado; o envolvimento do paciente no cuidado; a disponibilidade de manuais e/ou cartilhas explicativas sobre o processo patológico do paciente; e a instrumentalização dos pacientes para a percepção dos riscos.

### **3.5 Educação Permanente**

A equipe de saúde e, especificamente, a de enfermagem tem enorme responsabilidade na prevenção das complicações ocasionadas por eventos adversos, que fazem parte do cotidiano da área da saúde. Contudo, os profissionais da saúde ainda são pouco instrumentalizados na sua formação para lidar com os erros, principalmente, porque esses são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e limitado conhecimento científico. Além disso, há o medo de punições jurídicas, éticas e sociais (Brasil, 2014).

Assim, deve-se trabalhar a cultura de segurança do paciente através da educação permanente desses profissionais, a fim de normatizar a notificação do erro pelo profissional, pois essa é considerada ferramenta importante para as instituições de saúde, visto que direcionam as ações gerenciais e assistenciais para cada falha identificada.

Contudo, para notificar o erro é preciso primeiramente reconhecê-lo, para posteriormente agir de forma responsável em direção a uma tomada de decisão, assim, o primeiro passo para a prevenção do erro na saúde é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais da saúde precisam compreender os tipos de eventos adversos, suas causas, consequências e fatores contribuintes (Brasil, 2014).

Essa modificação da forma de enxergar o erro ampliará a notificação e o registro dos eventos adversos, o que serve de subsídios para a análise crítica e a tomada de decisão, o que pretende eliminar, evitar e reduzir a ocorrência desses eventos no cotidiano do cuidado em saúde.

Quanto a Educação Permanente dos profissionais de saúde, entende-se como uma proposta essencial para as transformações do trabalho e de suas relações no setor, que poderia ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Essa é uma meta a médio e longo prazo para qualificar a atenção por meio da problematização da segurança do paciente.

### **3.6 Formação acadêmica**

No mesmo sentido das estratégias de ensino relacionadas às ações de educação permanente, deve-se investir na inserção da temática na formação desses futuros profissionais, uma vez que a educação para a segurança do paciente é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sugerindo, ainda, a inclusão deste tema nos currículos de todos os cursos da área da saúde (Wegner et.al., 2016, p.2).

Um aspecto importante relacionado à formação dos profissionais de saúde, é que esses “são preparados para acertar, pois partem da premissa de que o trabalho desenvolvido será livre de erros, incorporando a noção de que errar é algo inaceitável”. Essa premissa necessita ser repensada no ensino da saúde, necessitando de discussão e problematização da temática, no intuito de

instrumentalizar os futuros profissionais “para a prevenção de eventos adversos e desenvolver neles a cultura da segurança” (Wegn:Er et.al., 2016, p.2).

Essa realidade evidencia o desafio das instituições de ensino para a formação de profissionais proativos, com habilidades de relacionamento interpessoal e para a adoção de práticas e condutas que convergem para a cultura de segurança. O PNSP prevê e incentiva essa inclusão do tema Segurança do Paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da Saúde. O documento de referência para o PNSP, reforça a importância da inclusão do tema de segurança do paciente no ensino. Reforça-se, com isso, que o ensino em segurança do paciente faz parte de um novo modelo de pensamento, e as escolas devem adequar seus Projetos Pedagógicos as modificações, de maneira que os conteúdos ministrados contribuam para uma formação mais sólida do estudante no que diz respeito ao tema segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Desta maneira, observa-se que a universidade tem um papel fundamental como instituição formadora, assumindo a tarefa de produção cultural, socialização e formação do indivíduo para o trabalho.

#### **4. Considerações finais**

A assistência livre de danos constitui o objetivo principal da segurança do paciente. Para alcançar tal objetivo é necessário dispor de profissionais de enfermagem com competência técnica, científica, ética e legal.

O Código de Ética esclarece em seu artigo 45, que é dever do profissional de enfermagem assegurar ao paciente uma assistência livre de danos advindos de imperícia, negligência ou imprudência.

O ideal seria que as seringas para administração de medicamentos por via oral ou via sondas (gástricas ou entéricas) tivessem o bico ou encaixe que não conectasse no dispositivo de administração de medicamentos por via endovenosa.

A capacitação, a orientação e o acompanhamento contínuo sobre os riscos à segurança do paciente frente às conexões erradas devem ser destinados a todos os profissionais de saúde. Medidas sugeridas: Oriente os pacientes e familiares a não manusear os dispositivos, não devendo realizar conexões ou desconexões, e que sempre solicitem a presença do profissional de enfermagem. Verifique todos os dispositivos, desde a inserção até a conexão, antes de realizar as reconexões, desconexões ou administração de medicamentos e soluções.

Outra sugestão seria que as empresas que confeccionam materiais para saúde elaborassem seringas específicas para administração de medicamentos por via oral (via sondas também) com diâmetro maior, que não encaixassem nos dispositivos endovenosos. Reconhece-se que as sondas nasogástricas, nasoenterais, gastrostomias, etc também teriam que passar por assustem em sua extremidade de encaixe porém é necessária a reflexão acerca de meios para intensificar a segurança do paciente e tentar eliminar esse tipo de evento adverso gravíssimo e potencialmente fatal. A aspiração de medicamentos para administração por via oral pode demandar de agulha que também precisaria ser específica para tal, entretanto um pequeno dispositivo poderia fazer parte das que já se tem no mercado.

A cultura de segurança do paciente deve ser amplamente disseminada nos serviços de saúde. Desse modo, faz-se necessário que os enfermeiros promovam o pensamento de que a segurança do paciente é de responsabilidade coletiva. Falhas e erros humanos são esperados em qualquer instituição e, por isso, é imprescindível implementar estratégias para a prevenção dos mesmos.

## Referências

- Argolo, E. (2017). Enfermagem é principal barreira para evitar erro relacionado ao uso de medicamento. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente.
- Avelar, A. F. M., Salles, C. L. S., Bohomol, E., Feldman, L. M., Peterlini, M. A. S., Harada, M. J. C. S., D'innocenzo, M., Pereira, M. L. G., & Hangai, R. K. (2010). 10 passos para a segurança do paciente. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. SÃO PAULO.
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa.
- Brasil. (2020). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. *Cultura de Segurança do Paciente*.
- Dias, J. D., Mekaro, K. S., Tibes, C. M. S., & Zem-Mascarenhas, S. H. (2014). Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. *REME - Rev Min Enferm.*18(4): 866-873.
- IBSP. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. (2016). Mais de dois brasileiros morrem nos hospitais a cada três minutos por falhas evitáveis.
- ISMP. Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos. (2016). Prevenção de erros envolvendo a administração de medicamentos de uso oral por via parenteral. *Boletim.* 5(4).
- ISMP. Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos. (2019a). *Alerta de Segurança – Previna erros de administração envolvendo seringas*.
- ISMP. Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos. (2019b). *Prevenção de erros relacionados às interrupções dos profissionais durante o processo de medicação*.
- Leyes, L., Porcires, F., Godino, M., & Barbato, M. (2020). Estudio de incidencia de riesgos y eventos vinculados a la seguridad en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Méd Urug*, 36(3):246-253.
- Mangili, D. C., Assunção, M. T., Zanini, M. T. B., Dagostin, V. S., & Soratto, M. T. (2017). Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. *Enferm. Foco*; 8(1):62-66.
- Matsuba, C. S. T., Serpa, L. F., Maciqueira, S. R., Prete, R. T., Minutti, A., Silva, C. R. M., Gomes, K. L. P., Totti, F., & Toledo, D. O. (2019). Campanha “Mantenha-se Conectado”: 9 passos importantes para promover a segurança nos erros de conexão em Terapia Nutricional. *BRASPEN J*; 34(1):24-31.
- Neto, A. V. L., Silva, F. A., Brito, G. M. O. L., Elias, T. M. N., Sena, B. A. C., & Oliveira, R. M. (2019). Análise das notificações de eventos adversos em um hospital privado. *Enfermería Global*; 55: 324-33.
- Padilla, C. A., & Alcaraz, A. M. C. (2018). Análisis de incidentes críticos: una herramienta para aprender de los errores. *Educ Med.*;19(1):60-63.
- Reason, J. (2000). *Human error: models and management*. Brit Med J.
- Reason, J.(2003). *Human error*. London: Cambridge University Press.
- Ribeiro, G. S. R., Silva, R. C., Ferreira, M. A., Silva, G. R., Campos, J. F., & Andrade, B. R. P. (2018). Falhas de equipamentos: condutas dos enfermeiros e implicações na segurança do paciente. *Rev Bras Enferm.*;71(4):1942-50.
- Treviso, P., Peres, S. C., Silva, A. D., & Santos, A. A. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Rev. Adm. Saúde*; 17(69).
- Wegner, W., Silva, S. C., Kantorski, K. J. C., Predebon, C. M., Sanches, M. O., & Pedro, E. N. R. (2016). Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery*; 20(3):e20160068.
- Xelegati, R., Gabriel, C. S., Dessotte, C. A. M., Zen, Y. P., & Évora, Y. D. M. (2019). Eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos e materiais na assistência de enfermagem a pacientes hospitalizados. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 53: e03503.
- Zanatta, M. (2019). *Erros de conexão: práticas seguras e riscos na administração de soluções por sondas enterais e cateteres vasculares*. CAISM/UNICAMP.