

## **Avaliação do conhecimento sobre o tema: “Segurança do Paciente”**

### Instruções para preenchimento

- Esse instrumento foi desenvolvido para você aluno do curso de Técnico em Enfermagem e tem o objetivo de avaliar o seu conhecimento sobre o tema “Segurança do Paciente”;
- O instrumento possui 11 (onze) tópicos que são baseados no tema Segurança do Paciente;
- Os itens das perguntas são diretos ou baseados em casos clínicos, com as seguintes opções de escolha de respostas: Falso, Verdadeiro ou Não Sei, caso você não saiba a resposta para a pergunta seleciona a opção "Não Sei";
- Quando for responder, favor só escolher 1 alternativa marcando com um “X”;
- É de extrema importância que você responda ao questionário inteiro para que possamos saber sobre seu conhecimento prévio a respeito de Segurança do Paciente de forma mais completa. Não há necessidade de pesquisar a resposta em qualquer meio, pois se trata de um instrumento para conhecimento prévio sobre Segurança do Paciente;
- Você levará cerca de 40 minutos para responder este instrumento.

### **1 Termos e definições relacionados à Segurança do Paciente**

Indique sua resposta em relação aos termos apresentados:

<b>Termos e definições</b>	<b>Falso</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Não Sei</b>
1.1 Incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.			
1.2. Erro é definido como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Os profissionais de saúde não estão sujeitos ao erro.			
1.3. Violações são intencionais, embora raramente			

maliciosas e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos.			
1.4 Eventos Adversos são definidos como lesão ou dano não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção, em decorrência do cuidado em saúde prestado, não havendo vínculo com o processo de doença subjacente do paciente. Estão sempre ligados a algum erro do profissional da saúde.			

## 2 Os fatores humanos e a Segurança do Paciente

Um dos técnicos de enfermagem do plantão noturno da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto soube que seu colega, escalado para assumir o plantão às 7h00min., teve um problema familiar grave e, com a autorização da Enfermeira responsável, dispôs-se a permanecer no plantão até às 13h00min. Algumas horas após ter saído do Hospital, recebeu uma ligação da Chefe de Enfermagem do Hospital relatando que um dos pacientes que estava sob seus cuidados apresentou hipoglicemia grave, seguida de perda de consciência, após receber uma dose de insulina às 13h30min que, supostamente, não foi administrada no horário previsto das 12h00min. (pois não havia checagem de sua administração). Durante averiguação do evento, foi levantada a hipótese de que a dose prevista para às 12h00min havia sido administrada, porém não checada. Logo, duas doses de insulina foram administradas em curto período de tempo, resultando em Evento Adverso à Medicamento.

Com base no caso clínico apresentado, selecione a sua resposta:

De acordo com o caso	Falso	Verdadeiro	Não Sei
2.1. O trabalho exercido pelo técnico e a longa jornada de trabalho não tem relação com o erro, pois o técnico tem obrigação de permanecer alerta, independente do número de horas trabalhadas.			
2.2. A Equipe assistencial e a enfermeira responsável deveriam monitorar o desempenho do Técnico para ver se ele não estava sobrecarregado			

ou exausto para fazer seu trabalho.			
2.3. O técnico esqueceu de checar a administração, pois confiou em sua memória para fazer a anotação no final do plantão.			
2.4. Podemos dizer que não há um responsável direto pelo evento adverso, mas a instituição precisa levar em conta que as condições de trabalho podem facilitar a ocorrência de eventos.			

### 3 A influência do sistema e do efeito da complexidade nos cuidados ao paciente

Uma pré-adolescente foi atendida no Pronto Atendimento de um Hospital Geral com quadro de diarreia tendo como uma das prescrições soro glicosado. No início do plantão da tarde, por volta de 13h., a técnica de enfermagem realizou a instalação da segunda unidade do soro. Após alguns minutos, a mãe da paciente chamou a profissional de enfermagem, pois a paciente apresentava diminuição da consciência. A técnica de enfermagem chamou a enfermeira e o médico que iniciaram manobras para o atendimento da urgência. Durante este procedimento, a enfermeira constatou que estava sendo administrada, por via endovenosa, vaselina líquida ao invés de soro glicosado. Mesmo após o encaminhamento para a UTI, o desfecho foi o óbito da paciente. Durante a avaliação dos fatos foi verificado que:

1. O frasco do soro e da vaselina eram idênticos ao rótulo do soro que seria utilizado o Soro Glicosado;
2. A vaselina Líquida estava guardada no mesmo armário e prateleira junto com o soro Glicosado;
3. A vaselina estava armazenada no pronto atendimento para a realização de curativos.

Com base no caso clínico apresentado, selecione a sua resposta:

<b>De acordo com o caso</b>	<b>Falso</b>	<b>Verdadeiro</b>	<b>Não Sei</b>
3.1. A obrigatoriedade da leitura do rótulo, antes da administração, deixa claro a culpa do técnico de enfermagem em relação ao evento ocorrido com a paciente.			

3.2 O evento ocorrido está diretamente ligado aos processos de trabalho da unidade e da instituição, os quais "Introduziram" o técnico ao erro.			
3.3. A compra e o armazenamento adequado dos medicamentos são de responsabilidade institucional e do farmacêutico, sendo este último o principal responsável pelo ocorrido.			
3.4. Podemos dizer que o Técnico de enfermeiro tem a maior responsabilidade pela morte da paciente, pois é o responsável por manter organizado o serviço de saúde.			

#### **4 Atuar em equipe de forma eficaz**

Uma paciente de 75 anos, em tratamento de fraqueza e desidratação, tinha em sua prescrição, 5 unidades (UI) de insulina (pois já fazia uso diário da mesma). A prescrição médica era manual. O técnico de enfermagem do plantão, recém contratado na unidade, com pouca experiência, era o responsável pela medicação de muitos pacientes. O técnico administrou 0,5 ml de insulina na paciente. Em pouco tempo, a paciente apresentou complicações relacionadas à hipoglicemia, mas com atendimento rápido pela equipe multiprofissional, houve reversão do quadro e a glicemia da paciente foi normalizada. O evento foi notificado para o Núcleo de Segurança do Paciente da instituição que, analisando esse caso e outros eventos parecidos, sugeriu a implantação da prescrição médica eletrônica e de protocolo voltado para a Prescrição, Uso e Administração de medicamentos, os quais foram acatados pela direção do hospital.

			Sei
4.1. O erro foi do técnico de enfermagem recém contratado, porque recebeu as informações sobre a administração de medicamentos.			
4.2. A implantação da prescrição médica eletrônica faz com que haja uma dificuldade de comunicação entre a equipe de prestação.			
4.3. Podemos dizer que devido a falta de experiência do técnico e questões emocionais não interferiram para que ela cometesse o erro.			
4.4. A enfermeira responsável deveria ter acompanhado o técnico, pois ela era inexperiente, levando em consideração que ela coordena o serviço.			

### 5 Aprender com os erros para evitar danos

Com base no caso clínico apresentado acima, no item 4.0, selecione a sua resposta:

De acordo com o caso	Falso	Verdadeiro	Não Sei
5.1. O fato do evento adverso ter sido notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente, resultou em mudança no processo.			
5.2. A melhoria da Segurança do Paciente não pode depender da análise dos erros cometidos, pois a equipe tem que saber o que está fazendo.			
5.3. A notificação deste evento pode levar a punição dos profissionais, portanto os membros da equipe devem resolver o problema entre si para não haver punições.			
5.4. A falta de treinamento da equipe sobre o uso e administração de medicamentos neste caso, foi determinante para o erro.			

Fonte: <https://doi.org/10.11606/D.22.2023.tde-31082023-084115>