

PROTOCOLO DE
PREVENÇÃO DE
BRONCOASPIRAÇÃO



Unimed 
Três Rios

Em 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente pela portaria número 529, do Ministério da Saúde, de cujo texto ressaltamos:

"Considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país;

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente";

Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e

Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Art. 2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Art. 3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP:

I - Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente;

V - Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.”

No mesmo ano, a Resolução – RDC número 36 instituiu a criação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, bem como a elaboração de Plano de Segurança do Paciente nestes serviços, que abrange estabelecimento de estratégias e ações de gestão de risco. A RDC citada também prevê a vigilância, o monitoramento e a notificação de eventos adversos à Anvisa.

Apesar destas medidas, o II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, elaborado em 2018 pelo IEES (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) e pelo Instituto de Pesquisa Feluma, da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais revela informações alarmantes:

- Seis mortes a cada hora decorrem de eventos adversos graves, ocasionados por erros, falhas assistenciais ou processuais ou infecções, entre outros fatores;
- Destes, mais de 4 óbitos são evitáveis;
- Pacientes com evento adverso grave relacionado à assistência hospitalar se associam a maior mortalidade e permanência intra-hospitalar do que aqueles sem eventos adversos ou eventos adversos gerais.

- Eventos adversos pioram o prognóstico clínico a curto, médio e longo prazos, aumentam o custo da internação e afetam a capacidade produtiva do indivíduo.

Há, portanto, muito a ser analisado, programado e realizado e só evoluiremos se o trabalho for conjunto, envolvendo todos os interessados.

Buscando seu papel no processo de disseminação da Cultura de Segurança do Paciente, na certeza de que além de ser imprescindível para a qualidade assistencial é também obrigação de todos os segmentos da Saúde Suplementar, a Unimed Três Rios tem o NAS (Núcleo de Atenção à Saúde). Com apoio da alta gestão, a equipe técnica trabalha com objetivo de assegurar assistência qualificada e segura a seus beneficiários.

Em continuidade a este projeto, a equipe técnica da Unimed Três Rios elaborou protocolos de prevenção, com base nas mais recentes evidências. Foram selecionados temas de acordo com determinações da ANS no Qualiss (Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde), estabelecido pela RN 405 de 2016.

Esperamos, desta forma, manter nosso foco no cuidado coordenado e centrado no paciente, contribuindo com a melhora constante da assistência prestada e com o fortalecimento da marca Unimed.

Dr. Fábio Nasser

Diretor Presidente

Dr. Marcos Cardoso

Diretor Vice Presidente

Dr. Alcendino de Almeida

Diretor Administrativo

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Dr. Marcos Cardoso

Enfa. Livia Cunha

Enf. Eduardo Heylens

Enf. Marcos Vinicius

ELABORAÇÃO

Enfa. Livia Cunha
Enfermeira Auditora

Enf. Marcos Vinicius
Enfermeiro NAS

SUPERVISÃO

Dr. Marcos Cardoso
Médico

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO E OBJETIVO	8
2. DEFINIÇÕES.....	10
3. FATORES DE RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO	12
4. SINAIS CLÍNICOS.....	16
5. MEDIDAS PREVENTIVAS	18
6. A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	20
7. FLUXOGRAMA DE PREVENÇÃO DE MICROASPIRAÇÃO POR DISFAGIA ALTA NO ADULTO.....	25
8. RESUMINDO 27	
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34



INTRODUÇÃO E OBJETIVO

1

A broncoaspiração é definida como a aspiração de conteúdo gástrico, alimentos, líquidos, saliva ou corpo estranho, colonizados por bactérias resistentes ou não na árvore traqueobrônquica. Ou seja, é a entrada de substâncias estranhas nas vias aéreas inferiores. Pode causar traqueobronquite, pneumonite, infecções pulmonares e obstrução das vias aéreas por aspiração do material sólido, além de desnutrição grave e até óbito.

Consiste no quinto Evento Adverso (EA) mais frequente nas internações hospitalares, nos processos de anestesia geral, assim como também é um importante motivo de procura à emergência.¹

As complicações decorrentes da broncoaspiração contribuem para o aumento significativo das taxas de morbidade e mortalidade, e prolongam em média 5 a 9 dias o tempo de internação dos pacientes, elevando expressivamente os custos hospitalares. Estima-se ainda que cerca de 20% dos pacientes em uso de dispositivos de ventilação mecânica apresentem microaspirações durante este período.

Resultados nacionais evidenciam que, de agosto de 2019 a julho de 2020, foram notificados ao Serviço Nacional de Vigilância Sanitária 86 óbitos de pacientes causados por aspiração broncopulmonar. Esse valor representa 9% do total de notificações de óbitos decorrentes de EA no período, constituindo a segunda principal causa de morte, atrás apenas das falhas durante a assistência à saúde (62,5% do total no período).⁹

O objetivo deste protocolo é disponibilizar medidas de prevenção de aspiração broncopulmonar em pacientes internados em serviços de saúde. Estratégias simples podem prevenir e reduzir riscos e danos à assistência integrada do paciente, por meio da implantação de procedimentos específicos, associados às barreiras de segurança nos sistemas e à educação permanente da equipe multidisciplinar.



DEFINIÇÕES

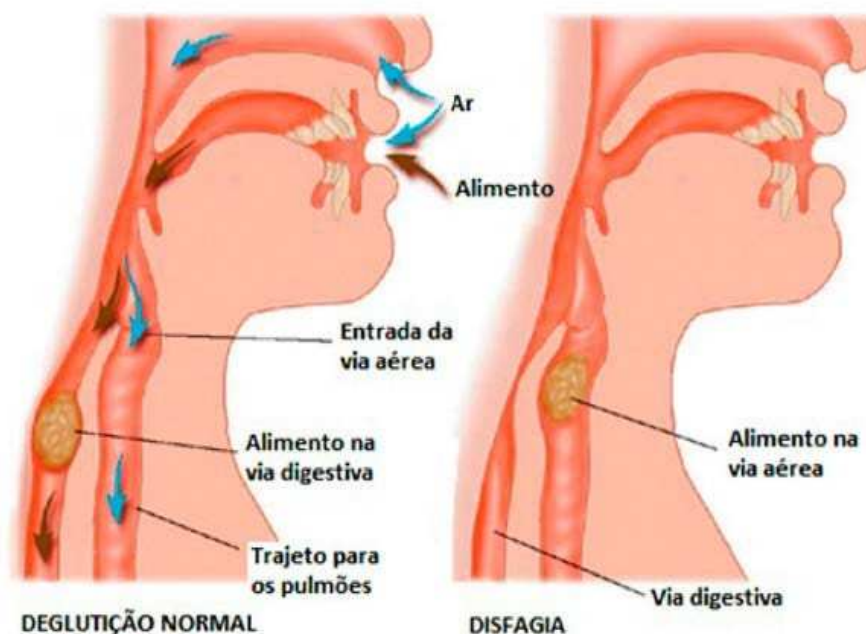
2

- **Broncoaspiração** - inalação de material estranho (secreção orofaríngea, gástrica, sangue, líquidos, alimentos) para o interior das vias respiratórias, abaixo das pregas vocais.
- **Disfagia** - dificuldade de deglutição de alimentos ou de líquidos.
- **Microaspiração** - aspiração de pequena quantidade de alimento, secreção e/ou saliva.
- **Espessante** - substância que aumenta a viscosidade do alimento e pode ser utilizada para todos os líquidos (quentes ou frios), como por exemplo: água, sucos, leite e chá, entre outros.

Em pacientes disfágicos, a passagem inadequada de alimentos ou de conteúdo gástrico que podem seguir o percurso errado, parando nos pulmões, leva a episódios de broncoaspiração mais graves. E uma vez que o mecanismo de proteção das vias aéreas desses pacientes está comprometido, eles não conseguem se proteger desses eventos.

As causas de disfagia dividem-se em dois grandes grupos:

1. As originadas de anormalidades do funcionamento da musculatura do esôfago, que são chamadas de **disfagias neuromusculares**.
2. As de causa **mecânica** com comprometimento da luz do órgão por lesões da sua própria parede ou por compressão extrínseca.¹¹



Fonte: <http://www.scmcanha.pt/uploads/DIUCCI075%20ver01%20Disfagia.pdf>



FATORES DE RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO

3

PACIENTES CRÍTICOS COM MAIS DE 65 ANOS DE IDADE:

Apresentam 4 vezes mais chances de desenvolver pneumonia por broncoaspiração.

DOENÇA NEUROLÓGICA:

Distrofia muscular, tumor de sistema nervoso central, polineuropatia, acidente vascular encefálico, traumatismos cranianos, doença de Parkinson, Alzheimer, senilidade, uso de medicações psiquiátricas/depressoras do SNC.

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

Escala de Rass (Escala de Agitação e Sedação de Richmond - *Richmond Agitation Sedation Scale*) com pontuação diferente de zero.

Esta escala é utilizada em pacientes internados em UTI para avaliar o grau de sedação. É uma escala de 10 pontos, que varia de +4 a -5, na qual a pontuação de Rass de 0 indica um doente calmo e desperto. As pontuações positivas correspondem aos níveis de agitação, enquanto as negativas representam os níveis de sedação. As pontuações Rass de -4 e -5 são consideradas estados de coma e todos os outros doentes, que estejam sob sedação moderada (pontuação Rass superior a -3), correspondem a doentes mais despertos.

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
+4	Agressivo	Combativo, violento, representando risco à equipe
+3	Muito agitado	Puxa e remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
+2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
+1	Inquieto	Apresenta movimentos, porém não agressivos ou vigorosos
0		Alerta e calmo
-1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais do que 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos do que 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação profunda	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Coma	Sem resposta a estímulo verbal ou físico.

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL:

A presença do tubo intratraqueal pode alterar temporariamente os reflexos da laringe e a função das cordas vocais. A tendência à deglutição de ar durante os períodos de desconforto respiratório também pode contribuir com risco de vômito e aspiração. A intubação orotraqueal prolongada é responsável por 35% dos casos de broncoaspiração.

USO DE DISPOSITIVOS:

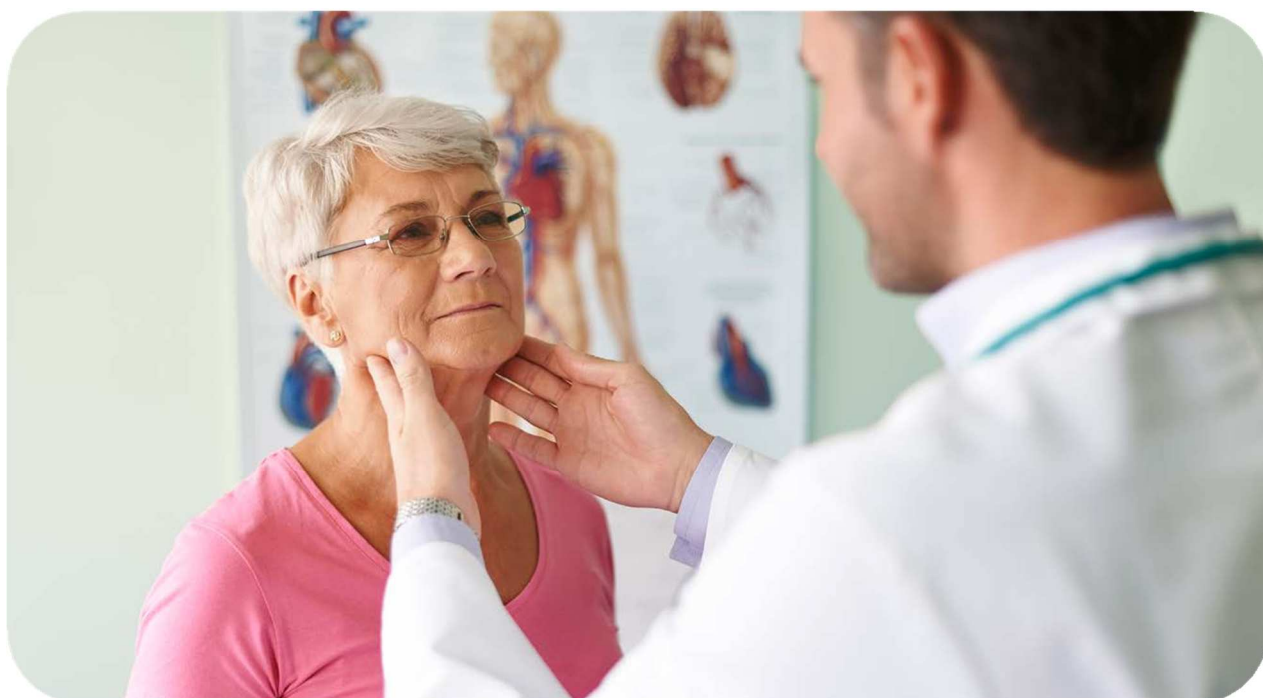
Traqueostomia, sonda nasoenteral e gastrostomia.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) DES-COMPENSADA:

As alterações no padrão respiratório podem influenciar a coordenação entre a deglutição e a respiração dos indivíduos com DPOC. Os pacientes acometidos pela doença são mais suscetíveis às alterações deste sincronismo, o que aumenta os riscos de infecções respiratórias e broncoaspirações.

DISFAGIA MECÂNICA:

Por neoplasias, doença de cabeça e pescoço, bucomaxilofaciais e traumas de face. Doenças e cirurgias de cabeça e pescoço estão presentes em 50,6% dos casos de broncoaspiração.





SINAIS CLÍNICOS

4



- Tosse antes, durante e depois da deglutição na alimentação por via oral;
- Cianose labial;
- Engasgo;
- Voz molhada ou alteração vocal;
- Desconforto respiratório;
- Paciente traqueostomizado: saída de saliva ou alimento pela traqueostomia;
- Sonolência durante ou após a administração do alimento por via oral;
- Emese.



MEDIDAS PREVENTIVAS

5

Estudos apontam redução na incidência de pneumonias decorrentes de aspiração quando os pacientes são acompanhados por uma **equipe especializada**.

Por esta razão, instituições hospitalares têm trabalhado para desenvolver instrumentos de triagem capazes de identificar pacientes com potencial risco de aspiração o mais precocemente possível e encaminhá-los para avaliação fonoaudiológica, para confirmar ou não o diagnóstico de disfagia, e assim proporcionar o tratamento adequado e no momento correto.

Para que se torne possível e eficaz a identificação precoce destes pacientes, e a implementação das ações preventivas, é de suma importância o engajamento e atuação de toda a equipe multidisciplinar, tais como: enfermeiras(os), fonoaudiólogas(os), médicas(os), nutricionistas, fisioterapeutas e gerenciamento dos EA.

Algumas medidas preventivas:

- Realizar aspiração de vias aéreas superiores sempre que necessário;
- Em caso de vômito e distensão abdominal, interromper a administração da dieta, abrir a sonda para drenagem e comunicar o médico;
- Administrar dieta por via oral sempre com o paciente sentado (de preferência a 90°) a menos que haja contra-indicação médica;
- Realizar a manutenção da pressão do *Cuff* (balonete) de tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia;
- Durante a alimentação por via oral, atentar-se para os sinais de alerta como tosse, engasgo, cianose, sudorese e voz molhada. O fonoaudiólogo deverá ser chamado para avaliar o paciente na presença destes sinais;
- Para pacientes pediátricos com dieta intermitente, realizar o teste de refluxo de 4/4 horas ou 6/6 horas. Interromper infusão e comunicar o médico se o volume de refluxo for superior a 50% do volume infundido.



A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

6

ENFERMAGEM

Por manter um contato direto e ininterrupto com os pacientes, a enfermagem desempenha uma importante função no desenvolvimento e aplicação de programas de prevenção, como:

- Identificar fatores de risco ou sinais clínicos para broncoaspiração no momento da admissão/triagem e avaliação diária;
- Orientar o acompanhante/familiar quanto ao manejo, melhor posicionamento para receber a dieta (no mínimo a 60° em dieta VO – via oral), e oferta da dieta apenas se o paciente estiver alerta. Em caso de dieta enteral, elevação da cabeceira do leito a 30° e 45°;
- Orientar o acompanhante/familiar quanto à importância da higiene bucal;
- Iniciar medidas preventivas em pacientes com disfagia ou que apresentam risco de broncoaspiração mediante condição clínica/patologia apresentada;
- Realizar abertura de protocolo de Prevenção de Broncoaspiração, compartilhar com o médico assistente, acionar avaliação da fonoaudiologia e sinalizar a equipe de nutrição;
- Para os pacientes já em uso de dieta por SNE (sonda nasoenteral), observar, no momento da administração, o posicionamento da sonda, dado o risco de deslocamento e migração da dieta para vias aéreas inferiores;
- Realizar observação e avaliação do quadro nas 24 horas.



NUTRIÇÃO

A equipe de nutrição desempenha um importante papel no protocolo de prevenção à broncoaspiração. Em conjunto com a equipe de fonoaudiologia, adequará a consistência da dieta, bem como o aporte calórico e proteico das refeições, de acordo com a individualidade e necessidade de cada paciente, garantindo uma oferta segura.

Cabe a este profissional:

- Adaptar a dieta até avaliação da equipe de fonoaudiologia;
- Atualizar em prontuário e mapa da nutrição o tipo de dieta definido pela fonoaudióloga.

FONOAUDIOLOGIA

O fonoaudiólogo é o profissional capacitado para auxiliar a equipe multidisciplinar no diagnóstico e tratamento da disfagia, uma vez que avalia a deglutição, define o plano terapêutico para disfagia e a reabilitação da deglutição por meio de exercícios e técnicas de aprimoramento do estado muscular das estruturas envolvidas.

Ainda cabe a este profissional:

- Avaliar e sugerir a via e o tipo da dieta a ser ofertada;
- Comunicar à equipe multidisciplinar e registrar toda e qualquer alteração/déficit de deglutição;
- Comunicar à equipe multidisciplinar quanto à necessidade de adaptação de consistência da dieta;
- Orientar, treinar e monitorar a família/acompanhante quanto à oferta da dieta e uso de espessante;
- Instalar placas sinalizadoras de Risco para Aspiração Broncopulmonar.

MÉDICO

Ao médico assistencial cabe a avaliação das alterações clínicas apresentadas, diagnóstico e prescrição do melhor tratamento, após discussão com a equipe multiprofissional. O médico deve:

- Prescrever o tipo da dieta indicada pela fonoaudiologia,
- Discutir com a equipe multiprofissional e definir prognóstico, para uma ação mais efetiva,
- Acompanhar a evolução e discutir implementações necessárias.



FISIOTERAPIA

O fisioterapeuta também contribui na prevenção desse evento adverso, atuando no manejo de dispositivos (*Cuff*), posição adequada e treinamento da família/cuidadores.

Cabe a estes profissionais:

- Orientar e capacitar acompanhantes/familiares quanto ao melhor posicionamento do paciente;
- Assistir os pacientes com indicação, intensificando o atendimento conforme a necessidade;
- Realizar mensuração do *cuff* diariamente nos pacientes com cânula orotraqueal ou traqueostomia - mantendo pressão entre 20 e 30 centímetros de água nas unidades de adulto, de acordo com discussão com equipe médica. Durante internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), realizar 3 vezes ao dia.

EQUIPE DE GERENCIAMENTO DE EVENTOS ADVERSOS

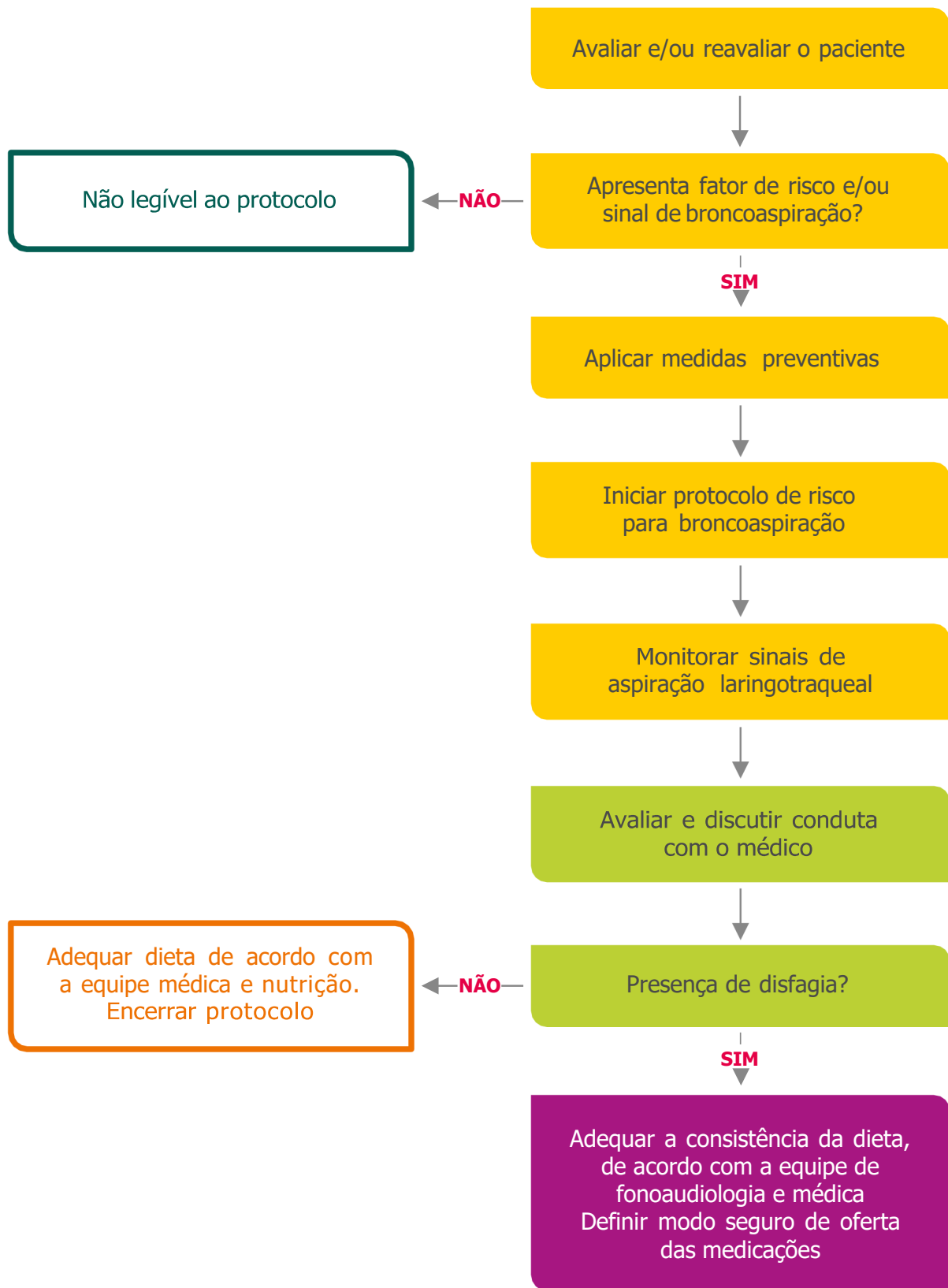
Cabe à equipe de gerenciamento de EA/Qualidade:

- Notificar o evento em Sistema Eletrônico de Notificação de Risco;
- Realizar análise crítica do evento;
- Elaborar planos de ação para melhoria;
- Divulgar resultados para a equipe multidisciplinar, com a finalidade de melhoria contínua na prestação do serviço ofertado/segurança do paciente.

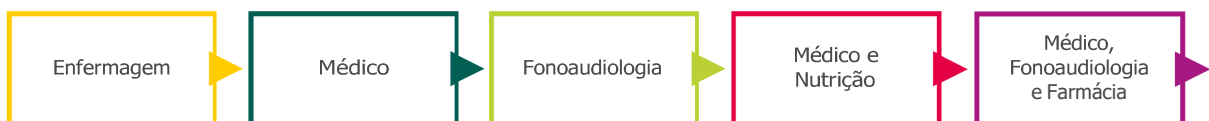


FLUXOGRAMA DE PREVENÇÃO DE MICROASPIRAÇÃO POR DISFAGIA ALTA NO ADULTO

7



Legenda:



Fonte: <https://www.americasmed.com.br/sites/g/files/wrvpjl141/files/2019-04/Protocolo%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Microbroncoaspira%C3%A7%C3%A3o%20%281%29.pdf>



RESUMINDO

8



Sempre: acompanhamento multidisciplinar.

PACIENTE COM DIETA VIA SNE/SNG

- Realizar raio-x, após sondagem, para confirmação da posição da sonda;
- Não iniciar qualquer infusão se houver dúvida de localização da sonda;
- Verificar fixação e tração da sonda antes e durante a infusão de dieta/medicamentos;
- Realizar ausculta, verificar e registrar resíduo gástrico;
- Avaliar distensão gástrica e constipação;
- Manter paciente em decúbito de 45 a 90° mesmo em banho;
- Parar dieta durante procedimentos;
- Manter cabeceira elevada.

PACIENTE COM DIETA VO ASSISTIDA

- Solicitar avaliação da nutrição;
- Oferecer dieta pastosa, em decúbito a 45°, lentamente, aguardando deglutição completa;
- Avaliar a capacidade de acompanhantes e orientar se forem administrar a dieta.

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ATENÇÃO

- Durante dieta: cabeceira a 45°;
- Intervalo das dietas: cabeceira a 30°;
- Antes de qualquer infusão: confirmar localização da sonda;
- Atentar-se a e comunicar qualquer dificuldade de deglutição e presença de resíduo na boca;
- Interromper dieta durante procedimento.

OBSERVAÇÕES FINAIS

Mediante elevado número de casos e complicações durante as internações, decorrentes da broncoaspiração, fica evidente a importância da implantação de medidas e aplicação de protocolos de prevenção.

Essas ações têm se mostrado bastante eficientes na redução de casos no âmbito hospitalar, melhorando a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a diminuição de custos de saúde.

Verifica-se que a segurança do paciente dentro de uma instituição de saúde emerge da interação de componentes como: conhecimento, habilidades, atitudes e responsabilidade no cuidar. Todos que compõem a equipe multidisciplinar devem priorizar um tratamento benéfico à recuperação do paciente e participar da prevenção de forma conjunta e simultânea.

Por esta razão, observa-se que as instituições que estão atentas e preocupadas com qualidade assistencial e a educação continuada da equipe multiprofissional obtêm melhores resultados à adesão aos protocolos, pois têm como rotina a supervisão, o treinamento e o gerenciamento das equipes e do atendimento ofertado.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9

1. Práticas Seguras para a Prevenção de Aspiração Broncopulmonar em Serviços de Saúde. ANVISA, 10 de Dez de 2020. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosde-saude/notas-tecnicas/nota-tecnica-broncoaspiracao-10-12-20.pdf>> Acesso em: 04 de Mar de 2021.

2. Intervenções de Enfermagem Especializadas na Prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica Invasiva na Pessoa em Situação Crítica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – ESEL, em 2011. Disponível em < <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15848/1/relatorio%20MESTRADO%20Final%20PSC%20SOFIA%20PEREIRA.pdf> > Acesso em 11 de Mar de 2021.

3. Doença pulmonar obstrutiva crônica: análise da deglutição em pacientes hospitalizados. Revista Distúrbios da Comunicação, v. 30, n. 1, em 2018. Disponível em < <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/32274/0> > Acesso em 11 de Mar de 2021.

4. Construção e Implantação do Protocolo de Risco de Broncoaspiração em um Hospital de Média Complexidade no Estado do Maranhão. Revista Eletrônica Acervo Saúde, em Set de 2019. Disponível em < <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1304/816> > Acesso em 06 de Mar de 2021.

5. Broncoaspiração no Perioperatório e na Emergência: Diagnóstico e Manejo. Docsity. Disponível em < <https://www.docsity.com/pt/broncoaspiracao-por-alimentos/4968781/> > Acesso em 04 de Mar de 2021.

6. Impacto das diferentes consistências alimentares na deglutição em pacientes com restrição respiratória. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis-SC, em 2014. Disponível em < <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129605/328633.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >

Acesso em 04 de Mar de 2021.

7. Bundles de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: A Importância da Multidisciplinaridade. Revista Perspectivas Online: Biológicas & Saúde, em Nov de 2017, Vol.7, nº 25, p. 25- 35. Disponível em < https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/1200 >

Acesso em 06 de Mar de 2021.

8. Protocolo de Prevenção de Microbroncoaspiração. Americas Serviço Médico, 02 de Jul de 2018. Disponível em

< <https://www.americasmed.com.br/sites/g/files/wrvpjl141/files/2019-04/Protocolo%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Microbroncoaspira%C3%A7%C3%A3o%20%281%29.pdf> >

Acesso em: 06 de Mar de 2021.

9. Disfagia é fator de risco para broncoaspiração. Programa Brasileiro de Segurança do Paciente – PBSP, em Nov de 2020. Disponível em < <https://www.segurancadopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/disfagia-e-fator-de-risco-para-broncoaspiracao/> >

Acesso em 06 de Mar de 2021.

10. Parecer Técnico sobre a Atuação do Fonoaudiólogo na Equipe Multiprofissional na Prevenção de Broncoaspiração. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa. Disponível em < <https://www.sbfa.org.br/portal2017/pdf/parecer-tecnico-sobre-atuacao-do-fonoaudiologo-na-equipe-multiprofissional-na-prevencao-de-broncoaspiracao.pdf> >

Acesso em 06 de Mar de 2021.

11. Gerenciamento do Risco de Broncoaspiração em Pacientes com Disfagia Orofaríngea. Revista Eletrônica Scielo, Jul-Ago de 2018. Disponível em < https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n4/pt_1982-0216-rcefac-20-04-532.pdf>

Acesso em: 04 de Mar de 2021.

12. Intubação traqueal. Revista Eletrônica Scielo, em Porto Alegre May 2007. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000300010 >

Acesso em 11 de Mar de 2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvida sobre a importância da prevenção de eventos adversos, bem como a utilização dos protocolos, na melhora da relação custo/benefício entre as várias estratégias já estudadas. Não basta, entretanto, apenas elaborar protocolos. Eles devem ser atualizados e revisados constantemente e a equipe deve receber capacitação, para que as medidas sejam incorporadas às atividades diárias. Precisam ser amplamente divulgados e sua aplicação, diariamente checada.

Sua adequação à realidade de cada serviço de saúde se faz fundamental e depende do registro de eventos ocorridos.

A análise realizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) da instituição revela pontos frágeis no processo e norteia a elaboração de planos de ação mais assertivos. Há ferramentas específicas que facilitam e orientam esta análise, entre elas o Protocolo de Londres e o método FMEA, temas de futuras discussões.

Indicadores de segurança do paciente são eficientes no acompanhamento da efetividade dos planos de ação estabelecidos, etapa essencial no processo de forma geral. Registrar eventos, analisá-los, implantar ações corretivas, acompanhar indicadores e rever ações. Este ciclo deve fazer parte das rotinas da organização de saúde.

Gostaríamos, para finalizar, de enfatizar a importância não apenas da comunicação interna, mas da notificação da ocorrência de eventos adversos à Anvisa, por meio do Notivisa, sistema desenvolvido para receber notificação de eventos adversos confirmados ou suspeitos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária. Os hospitais e clínicas podem fazer esses registros.

É importante que se tenha informações a nível nacional, para que medidas mais amplas possam ser tomadas, no sentido de prevenir eventos, educar profissionais de saúde e população em geral, difundir boas práticas e disseminar bons resultados obtidos pontualmente. As mudanças só surgirão de um trabalho unido, com troca de experiências e conhecimento.

Contamos com todos para a divulgação do material e nos colocamos à disposição.

Muito obrigado.



Unimed | 
Três Rios

