



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ODONTOLOGIA, FARMÁCIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

GABRIELLE AMARAL DE FIGUEIRÊDO

**AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DAS NORMAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE
NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI**

FORTALEZA – CE

2019

GABRIELLE AMARAL DE FIGUEIRÊDO

AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DAS NORMAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI

Monografia apresentada ao Curso de
Enfermagem da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para a obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Eveline Pinheiro
Beserra

FORTALEZA-CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F49a Figueirêdo, Gabrielle Amaral de.
Avaliação da Aplicação das Normas de Segurança do Paciente na Assistência de Enfermagem em UTI. /
Gabrielle Amaral de Figueirêdo. – 2019.
48 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Eveline Pinheiro Beserra.

1. Segurança do Paciente. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

GABRIELLE AMARAL DE FIGUEIRÊDO

AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DAS NORMAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI

Monografia apresentada ao Curso de
Enfermagem da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial para a obtenção
do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Eveline Pinheiro
Beserra

Aprovada em ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Eveline Pinheiro Beserra (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Roberta Meneses Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Camila Félix Américo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por acreditar em mim quando mais ninguém acreditava, por colocar anjos no meu caminho e por confiar à mim a missão de cuidar e amar as pessoas.

Aos meus pais, Vanda e Osvaldo, por me ensinarem a ser um ser humano melhor a cada dia, pelo exemplo que são como pais e seres humanos, pela paciência, pelo amor e dedicação na minha criação, por me motivarem, por apostarem em mim e por me ajudarem a escolher a enfermagem como profissão. Vocês foram, são e continuarão sendo instrumentos de Deus na minha jornada neste plano como um todo.

Aos meus irmãos Juliana e Bruno, pelo companheirismo, pelos momentos de brincadeira e descontração, por compartilharem comigo não só o sangue e os traços genéticos, mas por tornarem a nossa casa um verdadeiro lar.

A Maria de Lourdes, nossa eterna babá, que nos ensinou que o amor de mãe ultrapassa laços sanguíneos.

A minha amiga Romana, que sempre esteve presente em todos os melhores e piores momentos da minha vida. Sou grata por todos os momentos compartilhados, inclusive os constrangedores, e por me ensinar o que é ser uma amiga de verdade.

A minha amiga Fernanda, que foi um anjo pra mim, não só por coletar os dados dos pacientes quando eu não pude, mas por me permitir partilhar minhas angústias e minhas loucuras, por me entender e por me auxiliar nessa jornada de evolução espiritual e autoconhecimento.

Aos meus amigos da faculdade, Jorge, Helayne, Jordana e Priscila. Por todos os momentos de diversão e angustia que a faculdade nos proporcionou. Chegar atrasada, aguentar as aulas, lembrar de todos dos trabalhos e sobreviver aos estágios não seriam a mesma coisa sem vocês.

À família que o Canadá me deu, Andressa, Dalila, Fernanda e Natália. Sou grata por todo o companheirismo, os conselhos, as risadas e os sufocos que partilhamos juntas. Vocês fazem parte de um momento crucial na minha vida e foram peças fundamentais para o meu crescimento pessoal e espiritual. Nunca vou esquecer vocês e tudo que aprendemos juntas.

À minha turma de graduação, que não foi minha primeira turma mas me recebeu de braços abertos e me fez sentir em casa. Obrigada pelo conhecimento partilhado e pelos momentos celebrados.

Aos Mestres, por ensinarem o que sei e, principalmente por despertarem o desejo da busca de novos conhecimentos.

A todos os Enfermeiros e técnicos de Enfermagem que atravessaram o meu caminho nos campos de estágio. Obrigada por partilharem de suas técnicas e por se fazerem exemplos de profissionais, tanto me ajudando a forjar o tipo de profissional que eu quero ser como também o tipo de profissional que eu recuso a me tornar.

E por fim, não poderia deixar de agradecer a mim mesma, que mesmo durante o sofrimento não me deixei desistir e continuei acreditando nas promessas de Deus para a minha vida.

“Não fui eu que lhe ordenei? Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem se desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar” (Josué 1:9)

RESUMO

A segurança do paciente é definida pela OMS como “a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à assistência à saúde”. Estima-se que danos à saúde ocorram em milhares de pessoas todos os anos no mundo. O presente trabalho teve como objetivo verificar as práticas assistenciais de enfermagem para segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de um estudo analítico transversal e observacional. O estudo foi desenvolvido na unidade de terapia intensiva clínica de um Hospital Terciário de Fortaleza. A amostra foi constituída por 74 observações da assistência de enfermagem durante o mês de maio de 2019. Foram realizadas 16 visitas, de modo aleatório à unidade, no turno da tarde. Foi utilizado um instrumento na forma de checklist, abordando os protocolos internacionais e nacionais de segurança do paciente. Para a avaliação estatística, foi utilizada a distribuição do Qui quadrado com valor de referência de $P < 0,05$. Somente os itens “*o leito está identificado?*”, com valor de $P = 0,009$, e “*o leito e a pulseira contêm a mesma informação?*”, com valor de $P = 0,001$, do domínio “Identificação do Paciente”, foram considerados resultados relevantes estatisticamente. Os itens que contemplam a ventilação mecânica mereceram também uma avaliação especial pois obtiveram resultados muito diferentes quando comparados com os outros itens do checklist. Com este estudo foi possível conhecer a aplicação das práticas adequadas de segurança do paciente, bem como o uso dos bundles e checklists na assistência de enfermagem. Recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas para que possa haver comparações entre os diferentes momentos vivenciados pelo hospital, permitindo avaliar a consolidação de uma cultura de segurança na instituição.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem.

ABSTRACT

Patient safety is defined by WHO as "minimizing the risk of unnecessary harm associated with health care." It is estimated that damage to health occurs in thousands of people every year in the world. The present study aimed to verify nursing care practices for patient safety in the Intensive Care Unit. It is a cross-sectional and observational analytical study. The study was developed in the clinical intensive care unit of a Tertiary Hospital in Fortaleza. The sample consisted of 74 observations of nursing care during the month of May 2019. Sixteen visits were randomly made to the unit during the afternoon shift. An instrument was used in the form of a checklist, addressing the international and national patient safety protocols. For the statistical evaluation, the qui-square distribution was used with a reference value of $P < 0.05$. Only the items "the bed identified?", with a value of $P = 0.009$, and "did the bed and the bracelet contain the same information?", with a value of $P = 0.001$, of the "Patient Identification" domain were considered relevant statistics. The items that contemplate the mechanical ventilation also deserved a special evaluation because they obtained very different results when compared with the other items of the checklist. With this study it was possible to know the application of appropriate patient safety practices, as well as the use of bundles and checklists in nursing care. It is recommended the development of new researches so that there can be comparisons between the different moments experienced by the hospital, allowing to evaluate the consolidation of a safety culture in the institution.

Keywords: Patient Safety. Intensive Care Unit. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Gestão da Qualidade da Assistência	16
3.2 Indicadores de Segurança do Paciente	19
3.3 Cultura de Segurança do Paciente	21
3.4 Metas de Segurança do Paciente	23
4 MÉTODOLOGIA.....	25
4.1 Tipo de estudo	25
4.2 Campo de estudo	25
4.3 População/amostra	26
4.4 Instrumentos para coleta de dados	26
4.5 Procedimentos de coleta dos dados	27
4.6 Análise dos dados	28
4.7 Aspectos éticos-legais	28
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	38
7 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A	47
APÊNDICE B	48

1 INTRODUÇÃO

A profissão de enfermagem tem experimentado enormes mudanças desde a sua criação por Florence Nightingale. Desde então, o conhecimento de enfermagem tem-se expandido no âmbito da prática e os enfermeiros tem alcançado diferentes postos de trabalho. O cargo de gerente de enfermagem evoluiu significativamente em resposta as novas demandas do setor de saúde nos últimos 20 anos. As mudanças ocorridas no modelo de assistência, ao longo dos anos, vem demandando dos profissionais de enfermagem o exercício das habilidades de comunicação, relação interpessoal e gestão, já que a enfermagem tem-se mostrado uma profissão essencialmente gerencial. Durante a graduação somos estimulados a desenvolver tais habilidades através das experiências vividas nos estágios e nas disciplinas de gerenciamento e administração em enfermagem, pois nos fazem vivenciar a liderança que um enfermeiro exerce perante tanto à equipe de enfermagem quanto aos outros profissionais (BESERRA; GUBERT; MARTINS et al, 2018).

Contudo, para exercer uma boa assistência e para obter sucesso no mercado de trabalho, o enfermeiro necessita de mais qualidades e habilidades. Cada vez mais, as competências que exigem conhecimento sofisticado em negócios e habilidades gerenciais vem sendo consideradas como essenciais pelo mercado de trabalho. Tais habilidades, como a comunicação efetiva, planejamento, gestão de conflitos, gestão de riscos, gestão de material, entre outras, estão em alta demanda nos serviços de saúde e podem influenciar significativamente tanto na qualidade da assistência prestada aos pacientes como na empregabilidade do profissional de enfermagem (KLEINMAN, 2003).

O objetivo primordial da assistência de enfermagem é o de que haja a melhor recuperação possível da saúde do paciente no menor espaço de tempo. Por esse motivo, os enfermeiros precisam se qualificar cada vez mais para desenvolverem tais habilidades, em prol de realizarem melhor assistência para seus pacientes. Essas habilidades são ainda mais requisitadas e exigidas dos enfermeiros quando estes estão inseridos na Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde encontramos pacientes em situações mais graves e com prognósticos mais delicados (PEDREIRA, 2009).

Segundo Vila e Rossi (2002), a essência dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva está mais relacionada as habilidades de tomada de decisão dos enfermeiros do que ao

próprio ambiente de uma UTI, com mais equipamentos e mais tecnologia, pois uma boa decisão quanto aos cuidados ao paciente crítico pode evitar a ocorrência de eventos iatrogênicos. Eventos iatrogênicos, também conhecidos como eventos adversos, podem ser considerados como eventos indesejados, não intencionais, de natureza prejudicial ao paciente, comprometendo sua saúde e prognóstico, conseqüente direta ou indiretamente de falhas na assistência dos profissionais envolvidos no cuidado (BECCARIA et al, 2009). Portanto, a proteção oferecida ao paciente por meio da assistência segura é responsabilidade de cada profissional. A enfermagem é a categoria de profissionais cujo cuidado está diretamente relacionado com os eventos iatrogênicos, pois são os profissionais que passam mais tempo em contato com o paciente (PADILHA, 2001).

Na UTI, a qualidade da assistência deve ser medida não somente pela qualificação dos profissionais de enfermagem, mas também por meio do correto dimensionamento da equipe naquele serviço. Devido à carga excessiva de cuidados exigidos pelos pacientes internados em UTI, os enfermeiros podem se sentir sobrecarregados e isso pode ocasionar falhas no processo de cuidado (MAGALHÃES; RIBOLDI; AGNOL, 2009). De acordo com o artigo de Oliveira, Garcia e Nogueira (2016), a carga de trabalho requerida por pacientes na UTI foi identificada como fator de risco para a ocorrência de eventos iatrogênicos relacionados a infecção, lesão por pressão e erro de medicação em seis dos oito estudos analisados por eles.

Segundo Beccaria et al. (2009), a unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente cujos eventos adversos devem ser analisados de maneira mais detalhada, pois os pacientes críticos apresentam características e necessidades que tornam a assistência mais delicada e mais propensa a incidentes não intencionais. De acordo com um estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard, cerca de 20% dos pacientes internados na UTI sofreram algum evento iatrogênico (BECCARIA et al, 2009).

Contudo, a cultura da punição pregada nas instituições de saúde impede ou dificulta a detecção destas falhas em tempo hábil para que possam ser revertidas ou para serem estudadas, a fim de desenvolver sistemas de prevenção mais eficientes. Os sentimentos de vergonha, culpa e medo são os mais frequentes e os profissionais que cometem os erros geralmente são repreendidos e tratados como culpados, como se tivessem intenção em causar dano ao paciente. Esta conduta gera prejuízos à dinâmica da assistência e ao clima organizacional, já que

desestabiliza a união da equipe e evita que novos mecanismos de prevenção possam ser desenvolvidos a partir dos erros cometidos (PEDREIRA, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), milhões de pessoas no mundo sofrem agravos na saúde, lesões incapacitantes e mortes decorrentes de práticas assistenciais que ocasionam eventos adversos, sendo estimado que um em cada dez pacientes será vítima de um evento adverso. A morte decorrente de erros na assistência de saúde é considerada a oitava causa de morte nos Estados Unidos da América e estima-se que, aproximadamente 100 pessoas morram diariamente devido a erros ocorridos durante a assistência de saúde (KOHN et al, 2000).

Pensando nisso, a Organização Mundial de Saúde criou em 2004 a World Alliance for Patient Safety, em português Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Esta propõe, em âmbito global, a aplicação de listas de checagem nas instituições de saúde, a fim de estabelecer um sistema passo a passo para a realização de procedimentos no paciente, com o objetivo de oferecer uma prática assistencial mais segura (AMAYA et al. 2017). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, o qual é considerado um componente constante e intimamente relacionado com o atendimento ao paciente (WHO, 2009).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2005, identificou seis áreas problemáticas na assistência de saúde em que fosse possível desenvolver e atuar "Soluções para a Segurança do Paciente", com o propósito de promover melhorias específicas. Essas soluções ficaram conhecidas como metas internacionais, cujas são: Identificação correta dos pacientes, Prevenção de Lesão por Pressão, Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, Cirurgia Segura, Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde e Prevenção de Quedas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Sensível à problemática, o Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente com o objetivo de implementar medidas assistenciais, educativas e programáticas e 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 (BRASIL, 2014).

De acordo com a OMS, identificar os pacientes corretamente é muito importante já que falhas de identificação dos pacientes podem causar erros graves como a administração de medicamentos e cirurgias em pacientes errados. A identificação correta ajuda a equipe a realizar os procedimentos com mais segurança e a implementar os “9 certos”: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, tempo certo, validade certa, abordagem certa e registro certo. O sucesso desses passos dependem de uma boa comunicação entre a equipe e do cuidado ao se prescrever e administrar medicamentos e procedimentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Reduzir o risco de infecções é outra meta internacional para segurança do paciente que também está associado aos cuidados de enfermagem. A OMS estima que entre 5% e 10% dos pacientes que são admitidos em hospitais adquirem uma ou mais infecções decorrentes da assistência de saúde. A higiene das mãos, por mais simples que possa parecer pode prevenir agravos de saúde. De acordo com as diretrizes atuais da OMS, a técnica de lavagem das mãos é uma medida preventiva eficaz para infecções hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Portanto, busca-se instituir a segurança nas organizações de saúde enquanto processo cultural, promovendo maior consciência dos profissionais quanto à cultura de segurança, compromisso ético no gerenciamento de risco com consequente aquisição de segurança para si e para a clientela atendida. Suprindo a lacuna existente no aspecto da segurança do paciente. No âmbito da assistência de enfermagem, os erros mais frequentes a ela relacionados ocorrem na administração de medicamentos; na transferência de paciente e na troca de informações; no trabalho em equipe e comunicação; na incidência de quedas e de úlceras por pressão; nas falhas nos processos de identificação do paciente, na incidência de infecção relacionada aos cuidados de saúde, entre outros. (OLIVEIRA et al. 2014)

Neste contexto assistencial, considera-se que a identificação precoce de situações de risco potencialmente contribui para a qualidade, cuidado e cultura de segurança. A equipe de enfermagem, por estar mais tempo presente em todo o processo assistencial, está sujeita a cometer mais erros. O presente estudo tem a seguinte questão norteadora: como as práticas de assistenciais de enfermagem para segurança do paciente em UTI estão sendo aplicadas? Por isso, mostra-se importante que os profissionais estejam munidos de conhecimento e expertise para que possam contribuir na detecção dos riscos de ocorrência de danos aos usuários durante a realização de sua rotina de trabalho.

2 OBJETIVOS

- Verificar as práticas assistenciais de enfermagem para segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva.
- Observar a assistência de enfermagem prestada por meio de lista de verificação.
- Comparar a adoção de práticas seguras por parte da equipe segundo dois grupos: pacientes de até 7 dias de internação e após 8 dias de internação.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de aprofundar algumas questões discutidas brevemente na introdução, nesse tópico será abordada a importância da qualidade da assistência nos serviços de saúde, como ela impacta no prognóstico do paciente e as metas internacionais preconizados pela Organização Mundial de Saúde para Segurança do Paciente.

3.1 GESTÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Quando fala-se em assistência de saúde de qualidade, a segurança é o primeiro requisito que deve ser alcançado. Não tem como a qualidade da assistência ser atingida sem segurança. E quando falamos de qualidade, tocamos em um ponto bastante polêmico, o qual possui diferentes enfoques. A palavra qualidade tem sido bastante pesquisada ao longo dos anos e para várias áreas da ciência ela possui diferentes significados.

Na administração, por exemplo, o significado de qualidade está voltado a resolver, primordialmente, o problema da falta de uniformidade. Para engenheiros e industriais do século XX, qualidade era relacionado a padronização, sendo necessário um controle matemático da mesma. A administração da qualidade passou por diversas fases, até chegar à administração da qualidade que conhecemos hoje. Joseph Moses Juran, considerado o pai da qualidade, propôs que a qualidade fosse administrada pelo uso de três processos universais de gerenciamento: planejamento, controle e melhoramento, o que ficou conhecido como a Trilogia de Juran. Outro estudioso, Kaoru Ishikawa, um dos criadores dos chamados Círculos de Controle da Qualidade – (CCQs), propôs o diagrama “Espinha-de- Peixe” como uma ferramenta gráfica a ser utilizada pela Administração para o Gerenciamento e o Controle da Qualidade (CQ) em diferentes processos (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005).

A qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço ou produto que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e expectativas de seus clientes (MEZOMO, 2001).

De acordo com ADAMI (2000), sempre existiu, ao longo da história, uma preocupação por parte das enfermeiras em padronizar a assistência para assim atingir a excelência no cuidado prestado ao paciente. Com isso, foi criado o Processo de Enfermagem -

um conjunto organizado das atividades de enfermagem – que proporcionou a uniformização e a melhora da qualidade da assistência. Nas instituições Brasileiras, o processo de Enfermagem foi introduzido por Wanda Horta. Contudo, tal processo encontra até hoje dificuldades em sua implementação e aderência por parte dos profissionais. A qualidade da assistência de enfermagem é algo a ser conquistado todos os dias, em toda e qualquer atividade realizada no paciente, preocupando-se não somente com o “fazer”, mas sim com o “fazer bem feito”. E essa qualidade no “fazer” deve ser seguida nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Porém, quando o cuidado se torna mais complexo e intenso, a avaliação dos serviços deve ser redobrada para que os processos de saúde sejam eficazmente implementados.

Para o estudioso Avedis Donabedian, um cuidado de qualidade é aquele que proporciona ao paciente o bem estar máximo, após ter sido considerado os benefícios e os danos que acompanham todo o processo de cuidado. Contudo, o entendimento da qualidade como um componente estratégico na área da saúde, fez com que metodologias fossem sistematizadas e incorporadas pelas instituições públicas e privadas com o intuito de utilizar essa dimensão no processo de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Posteriormente, Donabedian considerou a qualidade do cuidado em uma perspectiva mais ampla, aonde englobou sete dimensões, denominados “os sete pilares”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (BRASIL, 2014).

Segundo DONABEDIAN (1990), considerado o pai da Qualidade dos serviços de saúde, a avaliação da qualidade da atenção médica e de saúde é baseada em três aspectos: estrutura, processo e resultado. A estrutura compreende os recursos físicos, humanos e organizacionais que possibilitam a realização dos cuidados de saúde. No processo consideramos as atividades realizadas no cuidado ao paciente, sendo consideradas as inter-relação entre prestador e receptor dos cuidados. O resultado é entendido como o produto final da assistência prestada e são, geralmente, medidos por indicadores como “taxa de mortalidade” e/ou “taxa de satisfação do paciente”.

A Figura 1 representa o quadro conceitual de Donabedian, considerado uma tríade que corresponde às noções de Teoria Geral de Sistemas: a estrutura apoia a execução do processo e o processo é executado para gerar resultado.

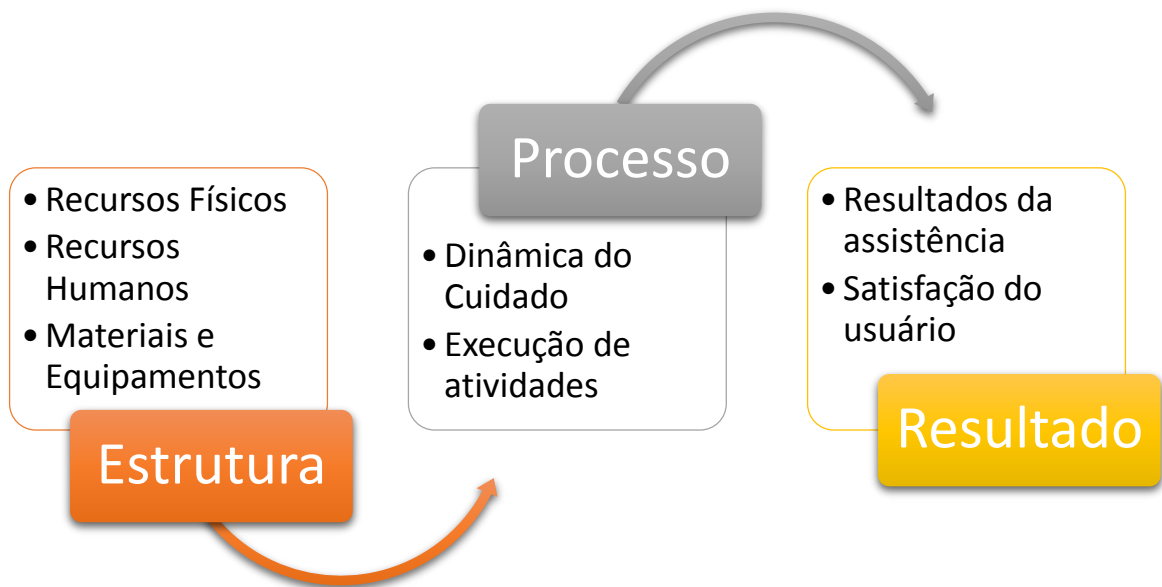


FIGURA 1: Representação da Tríade de Donabedian.

Fonte: Autora

Segundo ADAMI (2000), a enfermagem dispõe de instrumentos internos e externos para a gestão da qualidade de sua assistência. Como instrumentos internos, consideram-se as seguintes comissões: Avaliação Interna da Qualidade; Auditoria de Enfermagem; Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares; Ética em Pesquisa; Gerenciamento de Riscos; Prevenção Interna de Acidentes; Serviços de Educação Continuada; Atendimento ao Cliente. Como instrumento externo, aparece a Acreditação Hospitalar, preconizada por órgãos governamentais. Ela é considerada uma prática relevante para a gestão da qualidade que vem sendo empregada nas instituições de saúde.

No Brasil, os hospitais utilizam a experiência do Sistema de Saúde do Canadá, que exporta seu conhecimento por meio de um Programa de Acreditação existente, há mais de 50 anos naquele país. A “Acreditação Canadense” tem como foco a segurança do paciente e as boas práticas no atendimento. O modelo canadense de acreditação de serviços de saúde, reconhecidos como um dos melhores do mundo, oferece uma gama de soluções de qualidade, já testadas, possibilitando sua eventual adoção no Brasil, com alterações ou adaptações mínimas (BONATO, 2011).

3.2 INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com BRACHINE, PETERLINE e PEDREIRA (2012), uma infinidade de estratégias foram desenvolvidas para que, atualmente, haja uma assistência de qualidade nas instituições de saúde. Tais estratégias vêm sendo trazidas para a prática clínica em forma de conjunto de intervenções, formados por um grupo de cuidados específicos, denominado na língua inglesa, de bundle.

Esse conjunto de boas práticas é essencial para a segurança do paciente e quando aplicados em conjunto geram resultados significativamente melhores. O bundle pode incluir vigilância constante, educação da equipe de saúde, treinamento sob os cuidados prestados e demais estratégias para a prevenção de infecções. Entretanto, vale salientar que para garantir melhores resultados, é necessário que haja alta adesão ao bundle e que as diretrizes propostas sejam aplicadas conjuntamente e de maneira uniforme para todos os pacientes (FREITAS; RIBEIRO, 2016)

Estudos mostram que a utilização de bundles para prevenção e diminuição de infecções relacionadas a assistência (IRAS) é bastante recomendada, visto que são protocolos de fácil implementação, baixo custo e que aderem as intervenções com facilidade (SILVA et al, 2014)

De acordo com SHIMABUKURO, PAULON e FELDMAN (2014) e TORRES (2015), os bundles foram desenvolvidos com a finalidade de contribuir para a redução da taxa de infecção hospitalar, em 2012, pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). Eles definiram bundle como um conjunto de três a cinco intervenções que, usadas em conjunto, melhoram a qualidade da assistência e minimizam a ocorrência das complicações. As complicações causadas por eventos adversos causam impacto na morbimortalidade dos pacientes hospitalizados provocando danos pessoais, familiares e para sociedade.

O indicador de segurança do paciente pode ser definido como um indicador de qualidade que busca identificar e monitorar a ocorrência de incidentes. Especificamente, os indicadores de segurança do paciente, rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da assistência de saúde e que são suscetíveis à prevenção, através de algumas melhorias nos processos de saúde ou do prestador. Os indicadores de segurança do paciente

constituem ferramentas chaves para o monitoramento da assistência de saúde prestada nas instituições, além de fornecer informações aos gestores e profissionais sobre as áreas que precisam ser melhor estudadas e que precisam de melhorias visando uma melhor qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Geralmente, esses indicadores são escolhidos após árduos estudos, revisões de literatura, além de serem adaptados aos contextos culturais e sociais de cada país, mediante o olhar de especialistas de diferentes áreas do conhecimento (PROQUALIS, 2015).

O monitoramento da assistência por meio de indicadores é uma atividade planejada e sistemática que tem o objetivo de identificar problemas na assistência de saúde, os quais devem ser estudados mais profundamente com o intuito de aprimorar as práticas de cuidado (ANVISA, 2013).

Em 2002, uma agência Americana de pesquisa na área da saúde, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), desenvolveu indicadores de segurança do paciente (patient safety indicators – PSI), construídos a partir dos dados de bancos administrativos e identificados a partir de códigos da Classificação Internacional de Doenças. Atualmente tem-se observado que os grupos de indicadores mais utilizados pelas instituições de saúde tem englobado resultados, práticas e processos específicos das áreas em que a ocorrência de problemas na segurança é mais recorrente (MCDONALD et al. 2002).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 2013, orienta a adoção de protocolos na rotina das instituições para monitoramento dos indicadores de saúde. Os protocolos são: protocolo para cirurgia segura; protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde; protocolo para prevenção de úlcera por pressão; protocolo de identificação do paciente; protocolo de prevenção de quedas; e protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013).

Mesmo com o grande interesse das organizações pela avaliação da qualidade da assistência de saúde baseada em indicadores, fazer isso não é uma tarefa fácil. Um dos passos mais importantes no processo de avaliação da qualidade da assistência de saúde é a seleção dos indicadores mais adequados para a avaliação que se deseja fazer já que cada indicador vai refletir um aspecto diferente da qualidade e a sua seleção dependerá dos objetivos da avaliação,

dos dados disponíveis e para quem se destina. Além disso, a ocorrência de eventos adversos que afetam diretamente a segurança do paciente geralmente não é notificada, muitas vezes pela existência de uma cultura punitiva nas instituições que impede os profissionais de avaliarem a real situação da assistência de saúde. Essa situação faz com que muitas instituições sejam mal avaliadas e mascarem a realidade de seus processos de cuidado. Portanto, se faz necessária uma mudança tanto na cultura organizacional como nos sistemas de notificação das instituições. (PROQUALIS, 2015).

3.3 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A cultura de segurança do paciente é um componente crítico na avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Já é reconhecido por vários estudos que uma organização de saúde que possui uma cultura que estimula comportamentos negativos aumenta as chances de oferecer uma assistência insegura e de má qualidade. O Instituto de Medicina dos Estados Unidos, órgão responsável por treinar recursos humanos e desenvolver pesquisas na área da saúde, recomendou fortemente que fosse desenvolvida uma cultura de segurança do paciente nas instituições para melhorar a segurança do paciente (MELLO; BARBOSA, 2017).

A cultura de segurança de uma organização é o produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com o estilo e proficiência de gestão da saúde e segurança de uma organização. Organizações com cultura de segurança positiva são aquelas caracterizadas por comunicação baseada na confiança mútua, por percepções compartilhadas da importância da segurança e na confiança na eficácia de medidas preventivas (NIEVA; SORRA, 2003)

Organizações que possuem uma cultura de segurança do paciente positiva são caracterizadas por possuírem uma comunicação embasada na confiança mútua, no reconhecimento dos potenciais e da importância de cada profissional, pela interação destes com os colegas e a unidade em que trabalham, pelos valores da instituição e pelas crenças dos membros sobre como as coisas funcionam na organização, pelas suas estruturas e sistemas organizacionais, que juntos, produzem normas de comportamento que promovem segurança (CASTANHO, 2015).

Segundo LEAPE (2009), o princípio orientador dessa abordagem é que os eventos adversos não causados pelos profissionais de forma intencional, mas por falhas no sistema de assistência adotado pela instituição.

De acordo com ANDRADE et al (2018), avaliar a cultura de segurança é muito importante para medir as condições organizacionais que podem ocasionar danos ao paciente nas instituições de saúde. Esse tipo de avaliação possui diversas finalidades: diagnosticar o nível de cultura de segurança, possíveis riscos de dano ao paciente, benchmarking interno e externo, evolução das intervenções de segurança do paciente e acompanhar evolução da cultura de segurança do paciente com o tempo, bem como as notificações de incidentes. Avaliar a cultura de segurança depende do envolvimento das partes interessadas. Deve-se selecionar uma ferramenta adequada, utilizar métodos de coletas de dados válidos, implementar o plano de ação e iniciar as mudanças.

O cuidado seguro depende do estabelecimento de ações corretas dos profissionais de saúde e de processos de saúde mais eficazes. Para isso, a liderança é fundamental para influenciar os profissionais a obterem o envolvimento, a mudança de comportamento e cultura organizacional necessárias para o estabelecimento efetivo da cultura de segurança do paciente e a consequente diminuição de falhas nos processos assistenciais de saúde. Para monitorar os processos de segurança do paciente e se estes estão sendo cumpridos, são realizadas auditorias internas com a participação do escritório da qualidade e de profissionais de diversas áreas da instituição onde, por observação, pontuam o nível de cumprimento dos requisitos de segurança para o paciente. Nessas auditorias, é possível se perceber o desenvolvimento da cultura de segurança na instituição e constatar que o processo de amadurecimento da cultura de segurança é um processo contínuo e que os gestores devem ser persistentes enquanto líderes, mostrando o quanto acreditam nesses conceitos, cobrando, dando exemplo aos demais membros da equipe e dando consistência aos discursos em defesa da cultura de segurança através de suas ações (CASTANHO, 2015).

Diante dessas considerações, o estudo da cultura de segurança nos hospitais brasileiros se faz necessário pois traz a possibilidade de se conhecer quais os fatores que interferem no processo de trabalho dos profissionais e que impactam diretamente na segurança dos pacientes (SILVA-BATALHA; MELLEIROS, 2016).

3.4 METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Devido a problemática gerada pelos vários episódios de eventos adversos que vinham acontecendo e pelo relatório americano “Errar é humano”, a segurança do paciente tornou-se o centro das pesquisas em todo o mundo, assumindo um quesito fundamental para qualidade em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) ao reconhecer globalmente a relevância do tema (BRASIL, 2013).

Segurança do paciente é definido pela OMS como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Outras organizações e autores adotam diferentes definições. Essa definição de segurança do paciente instituída pela OMS é originária do princípio da bioética de não maleficência. (OMS, 2004)

NEVES (1996) define bioética como a ética aplicada à vida, um novo domínio de reflexão e de prática, que tem como tema central as questões humanas na sua dimensão ética, tal como se formulam no âmbito da prática clínica ou da investigação científica.

BEAUCHAMP e CHILDRESS (1989), propõem quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. O princípio da não-maleficência estabelece que as ações dos profissionais de saúde sempre devem causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente. O princípio da não maleficência tem a finalidade de reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano ao máximo.

Para atender os padrões instituídos pela OMS, o Ministério da Saúde Brasileiro criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado em saúde através da implantação de metas voltadas à segurança do paciente. As metas são: identificar corretamente o paciente, melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos, higienizar as mãos para evitar infecções e reduzir o risco de quedas e lesão por pressão. Essas metas compõem um passo extremamente importante para obter o cuidado seguro, mas para alcançá-las fazem-se necessárias mudanças na cultura organizacional da instituição

hospitalar, voltadas para o aprendizado a partir de erros. Essa mudança na cultura organizacional envolve processos bastante complexos pois é necessário que a comunicação seja fundamentada na confiança mútua entre os profissionais e que a gestão reconheça que processos mal delineados induzem à ocorrência de falhas (REIS et al, 2017).

A Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde estabelece que um conjunto de protocolos básicos devem ser elaborados e implantados na rotina de todas as instituições de saúde do país. Tais protocolos servem como base fundamental para uma assistência segura. Eles são: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013).

Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico transversal e observacional. As pesquisas analíticas envolvem o estudo e avaliação aprofundados de informações disponíveis na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno. Elas podem ser categorizadas em histórica, filosófica, revisão e meta-análise. Filosófica é o tipo de pesquisa caracterizado pela investigação crítica na qual são estabelecidas hipóteses e analisado os fatos existentes, sintetizando as evidências dentro de um modelo teórico estabelecido. (CERVO e BERVIAN, 1983). Transversal, pois será realizado em um determinado instante do tempo (SITTA, et. al., 2010). Os estudos quantitativos descrevem numericamente as variáveis, a fim de apontar a frequência dos acontecimentos ou comportamentos de uma determinada população. (VÍCTORA, et. al., 2000).

4.2. Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido em uma unidade de terapia intensiva clínica de um hospital público terciário, localizado na cidade de Fortaleza-CE. O Hospital em questão presta assistência de alta complexidade à comunidade, realizando desde transplantes renal e hepático a consultas e exames ambulatoriais. A Unidade de Terapia Intensiva Clínica admite pacientes de cuidados intensivos com diagnósticos variados e contem 8 leitos.

4.3. População/amostra

A população estudada foram os pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Clínica no mês de maio de 2019. Atualmente são 8 leitos disponíveis, que tem uma taxa de rotatividade de 17,5 pacientes, nos meses de janeiro a maio de 2019. A amostra foi constituída por 74 instrumentos preenchidos através de observações da assistência de enfermagem ofertada ao paciente. A avaliação da assistência foi realizada no mês de Maio, durante o período letivo de 2019.1, com 16 visitas de modo aleatório à unidade. O turno escolhido para a coleta dos dados foi o turno da tarde, pois era o mais apropriado para as observações. No turno da manhã a maioria dos procedimentos são realizados nos pacientes, o que impossibilitaria a observação da correta implementação ou não dos protocolos, e o turno da noite não foi autorizado para coleta. Foram excluídos da amostra pacientes que, no momento

da visita, estivessem impossibilitados de receber as avaliações contidas no checklist por estarem sendo submetidos a cirurgias, exames, banho no leito ou outros procedimentos.

4.4 Instrumento para coleta de dados

Foi utilizado um instrumento na forma de checklist para a avaliação da qualidade da assistência de enfermagem na UTI. O instrumento foi construído e preenchido pela pesquisadora. Ele foi criado baseado nos protocolos do ministério da saúde para segurança do paciente, em estudos que utilizavam checklists para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem e dos *bundles* utilizados na unidade hospitalar em questão, pela equipe de enfermagem, sendo estes: Check-list multidisciplinar de prevenção de PAV (Pneumonia Associada a Ventilação), Check-list multidisciplinar para prevenção de infecção associada ao cateter venoso central e Check-list para manutenção adequada da sonda vesical de demora e prevenção de infecções do trato urinário. Os bundles utilizados no setor avaliado são baseados nos manuais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2014 e nas recomendações do Institute for Healthcare Improvement (IHI) de 2015/2016. O instrumento é composto por 5 domínios, sendo eles: Identificação do paciente, administração de medicamentos, risco de quedas, risco de infecção, risco de lesão por pressão, os quais possuem 20 itens a serem verificados como realizados, não realizados ou não se aplica (APÊNDICE A).

4.5 Instrumentos e procedimentos de coleta dos dados

A assistência de enfermagem ao paciente crítico foi avaliada levando-se em consideração o tempo de internação. As amostras foram separadas em 2 grupos sendo um grupo com tempo de internação de até 7 dias e outro grupo com tempo de internação de 8 dias em diante. De acordo com o 2º Censo Brasileiro de UTIs, o tempo médio de permanência dos pacientes em UTIs brasileiras é de 1 a 6 dias. (AMIB, 2002)

Foi considerado tempo prolongado em UTI, quando os dias de internação do paciente na unidade excederam sete dias, porém não há consenso em literatura, variando entre 3 a 30 dias. Contudo, uma revisão de literatura Australiana apresentou os valores de internações em UTIs internacionais entre 2,6 e 5,3 dias. Pode-se perceber a falta de consenso entre as

literaturas sobre a média segura de duração das internações em unidades de terapia intensiva, requerendo mais estudos aprofundados sobre o assunto (WILLIAMS et al, 2005)

Os pacientes foram observados pela pesquisadora e a avaliação foi feita através da checagem à beira leito dos procedimentos, dos equipamentos e da assistência prestada, como um todo, pela equipe de enfermagem. A coleta dos dados foi realizada de forma a interferir menos possível na rotina dos profissionais e gerar o menor incômodo possível ao paciente. A chefe de enfermagem foi informada com antecedência sobre os períodos em que as visitas seriam realizadas, contudo, a equipe de enfermagem só foi informada sobre os momentos de coleta quando na presença da pesquisadora.

A checagem se realizou de forma sistemática, em todos os leitos ocupados, seguindo a ordem estabelecida no instrumento. Os leitos vazios, os pacientes que estavam recebendo algum tipo de intervenção invasiva ou estavam ausentes para exames, não foram contabilizados na pesquisa. A observação e checagem dos parâmetros teve duração de, em média, 60 minutos.

Vale ressaltar que a pesquisadora seguiu todas as normas quanto a vestimenta e uso de EPI's durante toda a coleta e quando em contato com pacientes em isolamento de contato, estabelecidos na unidade contemplada com a pesquisa.

No que tange aos riscos, considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco foi incidir em desconforto no momento da observação e checagem a beira leito, bem como possíveis constrangimentos, tanto para os pacientes como para os profissionais. Para preveni-los ou minimizá-los, foi utilizada uma postura profissional e uma linguagem clara e acessível, explicando todas as dúvidas que pudessem surgir. Assim sendo, prevê-se que esse estudo incide em riscos mínimos aceitáveis em relação ao conhecimento que será gerado.

Foram, então, coletados os dados de identificação do paciente, sua patologia, dias de internação e microorganismos detectados na análise das culturas de swab retal, além da presença ou ausência dos procedimentos ou ações que constam como itens do checklist.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados no Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Chicago, Estados Unidos), versão 22. Foi realizada uma análise descritiva dos dados encontrados e a análise quantitativa utilizou a distribuição do Qui quadrado para identificar os dados relevantes, sendo significativo $p < 0,05$. Os achados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos.

4.7 Aspectos ético-legais

O estudo foi submetido à aprovação do Comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio por meio da plataforma Brasil, em cumprimento à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará no dia 27 de Fevereiro de 2019, com número de parecer 3.172.907 e CAAE 05030918.0.0000.5054 (APÊNDICE B), foi iniciado o projeto. Para a efetivação do estudo, contou-se com 02 pesquisadores devidamente treinados para garantir padronização na aplicação.

5 RESULTADOS

Inicialmente encontram-se descritos a caracterização da amostra com relação ao gênero e faixa etária, posteriormente, os dados referentes ao resultado da observação dos parâmetros de segurança do paciente.

Os 74 pacientes pesquisados da Unidade de Terapia Intensiva Clínica, no turno da Tarde, possuíam média de $56,72 \pm 2,28$ anos de idade, os quais receberam cerca de $9,65 \pm 0,57$ visitas no local. A amostra de pacientes permanecia em média $15,22 \pm 1,45$ dias internados na unidade. Quanto ao gênero, 60,81% da amostra pesquisada eram Homens, enquanto 39,19%, Mulheres.

Quando avaliados os itens do checklist, ao qual podemos destacar 5 domínios; identificação do paciente, administração de medicamentos, risco de quedas, risco de infecção e risco de lesão por pressão, verificamos que os dados demonstram diferenças na efetivação de medidas para o cuidado do paciente.

Tabela 1: perfil de distribuição de respostas no checklist de uma unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídeo

Itens do Checklist	Respostas		
	SIM	NÃO	NA
Identificação do paciente			
Paciente possui pulseira de identificação?	68(91,9)	6(8,1%)	-
O leito está identificado?	62(83,8%)	12(16,2%)	-
O leito e a pulseira contêm a mesma informação?	57(77%)	12(16,2%)	5(6,8%)
A identificação está legível?	60(81,1%)	10(13,5%)	4(5,4%)

A identificação contém duas ou mais informações?	68(91,9%)	2(2,7%)	4(5,4%)
Se alérgico, está identificado?	13(17,6%)	1(1,4%)	60(81,1%)
Administração de medicamentos			
Bombas de infusão estão identificadas?	72(97,3%)	2(2,7%)	-
Risco de quedas			
A grade está elevada?	73(98,6%)	1(1,4%)	-
Risco de infecção			
Solução alcoólica próximo ao paciente?	57(77%)	17(23%)	-
Cabeceira elevada entre 30° e 45°?	65(87,8%)	9(12,2%)	-
Sistema de vm apresenta sujidade?	1(1,4%)	48(64,9%)	25(33,8%)
Sistema de vm está identificado?	7(9,5%)	42(56,8%)	25(33,8%)
Os equipos possuem data?	72(97,3%)	2 (2,7%)	-
Conexões, conectores e portas de adição de medicamentos protegidos?	73(98,6%)	1(1,4%)	-
Sonda vesical com sistema fechado?	23(31,1%)	-	51(68,9%)
Bolsa coletora de diurese abaixo do nível da bexiga?	23(31,1%)	-	51(68,9%)

Bolsa coletora com capacidade máxima de 2/3 de urina?	22(29,7%)	1(1,4%)	51(68,9%)
Risco de lesão por pressão			
Realizado mudança de decúbito de 2 em 2 horas?	44(59,5%)	30(40,5%)	-
Possui colchão pneumático?	74(100%)	-	-

Na estatística descritiva podemos observar que, no domínio “Identificação do Paciente”, a maioria dos pacientes (91,9%) possuía uma identificação no momento da observação da pesquisa. Os dados de identificação do leito também corroboram os dados anteriormente mostrados, onde a maioria dos leitos estavam identificados. O percentual observado diminui quando avaliamos se o leito e a identificação possuem a mesma informação, havendo 77% de leitos e identificações observadas desse modo. Ainda assim, cerca de 81% das identificações observadas estavam com letra legível pelo profissional que realizou a observação, assim como a identificação possuía duas ou mais informações, de caráter vital para os profissionais de saúde bem como preconizado pelas normas de segurança do paciente, no percentual de 91,9%. A maioria dos pacientes observados em seus leitos não possuía alergias, portanto, o caráter “Não se aplica” obteve percentuais de 81,81%.

Quando avaliamos o domínio “Administração de Medicamentos”, 97,3% das bombas de infusão possuíam identificação, assim como no domínio “Risco de Quedas”, 98,6% das grades dos leitos estavam elevadas.

Quanto ao “risco de infecção”, a presença de solução alcoólica próximo ao paciente na unidade de terapia intensiva só estava presente em 77% dos pacientes. A elevação da cabeceira encontrava-se em posição adequada (30 e 45°) em 87,8% dos casos, estando em angulações inadequadas em 12,2% dos pacientes. A presença de sujidade ou identificação em sistema de VM nos pacientes está ausente em 64,9% e 56,8% dos casos, respectivamente,

demonstrando grande percentual de não identificação, mas não de insalubridade. A grande maioria dos equipamentos estava identificada (97,3%), assim como conexões, conectores e portas de adição de medicamentos estão protegidos (98,6%). A presença de sonda vesical com sistema fechado se distribuía em 31,1% dos pacientes, mas não se aplica a outros 68,9%. De modo semelhante, percentualmente, a bolsa coletora de diurese está abaixo do nível da bexiga, ou com 2/3 de sua capacidade máxima.

Quando avaliamos o domínio “Risco de Lesão por Pressão”, a mudança do decúbito só é realizada em aproximadamente metade dos pacientes da unidade de terapia intensiva (59,5%), enquanto 40,5% não a tem, ainda que 100% dos pacientes pesquisados possuam colchão pneumático em seus leitos.

Tabela 2: perfil de distribuição de respostas no checklist de uma unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídeo

	Grupo 1 N % (até 7 DIH)	Grupo 2 N % (>7 DIH)	P Value
Identificação do Paciente			
Paciente possui pulseira de identificação?			
Sim	28(96,6%)	40(88,9%)	0,394
Não	1(3,4%)	5(11,1%)	
O leito está identificado?			
Sim	20(69%)	42(93,3%)	0,009
Não	9(31%)	3(6,7%)	*
O leito e a pulseira contêm a mesma informação?			
Sim	18(64,3%)	39(95,1%)	0,001
Não	10(35,7%)	2(4,9%)	*

A identificação está legível?			
Sim	26(89,7%)	34(82,9%)	0,506
Não	3(10,3%)	7(17,1%)	
A identificação contém duas ou mais informações?			
Sim	28(96,6%)	40(97,6%)	1,000
Não	1(3,4%)	1(2,4%)	
Se alérgico, está identificado?			
Sim	8(88,9%)	5(100%)	1,000
Não	1(11,1%)	-	
Administração de Medicamentos			
Bombas de infusão estão identificadas?			
Sim	29(100%)	43(95,6%)	0,517
Não	-	2(4,4%)	
Risco de Quedas			
A grade está elevada?			
Sim	28(96,6%)	45(100%)	0,392
Não	1(3,4%)	-	
Risco de infecção			
Solução alcoólica próxima ao paciente?			
Sim	20(69%)	37(82,2%)	0,258
Não	9(31%)	8(17,8%)	
Cabeceira elevada entre 30° e 45°?			
Sim	25(86,2%)	40(88,9%)	1,00

Não	4(13,8%)	5(11,1%)	
Sistema de ventilação mecânica apresenta sujidade?			
Sim	-	1(3,3%)	1,00
Não	19(100%)	29(96,7%)	
Sistema de ventilação mecânica está identificado?			
Sim	3(15,8%)	4(13,3%)	1,00
Não	16(84,2%)	26(86,7%)	
Os equipos possuem data?			
Sim	29(100%)	43(95,6%)	0,517
Não	-	2(4,4%)	
Conexões, conectores e portas de adição de medicamentos protegidos?			
Sim	29(100%)	44(97,8%)	1,00
Não	-	1(2,2%)	
Sonda vesical com sistema fechado? ^b			
Sim	11(100%)	12(100%)	-
Não	-	-	
Bolsa coletora de diurese abaixo do nível da bexiga? ^b			
Sim	11(100%)	12(100%)	-
Não	-	-	
Bolsa coletora com capacidade máxima de 2/3 de urina?			

Sim	10(90,9%)	12(100%)	0,478
Não	1(9,1%)	-	
Risco de lesão por pressão			
Realizado mudança de decúbito de 2 em 2 horas?			
Sim	17(58,6%)	27(60%)	1,00
Não	12(41,4%)	18(40%)	
Possui colchão pneumático?			
Sim	29(100%)	45(100%)	-
Não	-	-	

Para a avaliação estatística, foi utilizada a distribuição do Qui quadrado e construída a Tabela 2, onde pode-se constatar que o grupo 1 e o grupo 2, pelo tempo de internação, obtiveram desempenho semelhantes em relação a segurança do paciente, variando de 64,3% a 100% nos itens do domínio “Identificação do Paciente”, 95,6% a 100% no item do domínio “Administração de Medicamentos”, 96,6% a 100% no item do domínio “Risco de Quedas”, 69% a 100% nos itens do domínio “Risco de Infecção” e 58,6% a 100% nos itens do domínio “Risco de lesão por pressão”.

Somente os itens “*o leito está identificado?*”, com valor de $P = 0,009$, e “*o leito e a pulseira contêm a mesma informação?*”, com valor de $P = 0,001$, do domínio “Identificação do Paciente”, foram considerados resultados relevantes estatisticamente pois os valores de P encontrados foram menores que 0,05, o que está dentro do limite estatístico pré-definido. Os itens que contemplam a ventilação mecânica mereceram também uma avaliação especial pois obtiveram resultados muito diferentes quando comparados com os outros itens do checklist.

No presente estudo, os achados estatísticos dos itens coletados no checklist foram bem positivos, visto que constatou grande adesão da aplicação dos bundles por parte dos profissionais em sua prática diária.

6 DISCUSSÃO

Pode-se confirmar a efetividade da aplicação dos bundles na revisão sistemática realizada por Silva e Oliveira, (2018). As autoras identificaram que em 100% dos artigos contemplados na revisão sistemática houve significativa redução das infecções de corrente sanguínea relacionadas a inserção de cateteres venoso central, decorrente da aplicação de bundles durante a inserção. Em outros dois estudos foram mensurados também a redução nos custos após implementação dos bundles e foi constatado que houve uma redução de 190 a 530 mil dólares, aproximadamente, dos gastos referentes a mais dias de internação, mais insumos utilizados na assistência, entre outros gastos. Podemos concluir então que o uso dos bundles é benéfico não somente ao paciente, mas também para as instituições hospitalares.

Dentre todos os domínios e itens contemplados no instrumento, três achados estatísticos são mais relevantes e merecem maior aprofundamento. No domínio “identificação do paciente”, os itens “*o leito está identificado?*” e “*o leito e a pulseira contêm a mesma informação?*” apresentaram maior adesão no grupo 2, cujos pacientes possuíam o período de internação maior que 7 dias. Conforme os resultados apresentados, no grupo 1, paciente com até 7 dias de internação, 69% e 64,3% dos pacientes possuíam o leito identificado e o leito e a pulseira com a mesma informação, respectivamente. Entretanto, o grupo 2, pacientes com mais de 7 dias de internação, os valores foram de 93,3% e 95,1%, respectivamente. Embora a porcentagem evidenciada pareça ser um bom resultado, o número de indivíduos identificados corretamente no grupo 1 deveria aproximar-se dos 100%, por se tratar de uma etapa de grande relevância para a assistência de enfermagem, pois antecede a maioria dos cuidados. Porém, deve-se também levar em consideração que, nos primeiros dias de internação, há um tempo necessário para que seja feito todo o processo burocrático de admissão do paciente naquele setor e a consequente confecção da pulseira e da identificação do leito com todos os dados necessários do paciente.

Na UTI Coronariana aonde foi realizado o presente estudo, as formas de identificação do paciente utilizadas foram a pulseira e a placa sobre o leito do paciente. As informações contidas nas identificações constavam, geralmente, de nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento e número do prontuário. Em algumas ocasiões se presenciou pulseiras contendo somente o nome do paciente e o número do prontuário, porém ainda assim

estavam de acordo com o preconizado pelos protocolos de segurança do paciente do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013)

Contudo, a identificação por placas, embora utilizada pela instituição, não é descrita no protocolo do Ministério da saúde. Segundo LEMOS e CUNHA (2017), o uso das placas identificadoras sobre o leito do paciente não contribui para uma assistência segura ao paciente, pois podem induzir a erros quando, por exemplo, há a transferência ou alta de algum paciente de um leito e sua identificação permanece lá, sendo que outro paciente passa a ocupar o seu lugar.

O item de identificação do paciente é de extrema relevância, visto que muitos erros podem ser prevenidos ou ocasionados por consequência da não observância ou incorreta aplicação desta. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, vários relatórios foram feitos por especialistas comprovando que a implementação de processos de identificação do paciente ocasionaram reduções significativas na ocorrência de iatrogenias.

De acordo com os SILVA et al (2007), o emprego das pulseiras de identificação e a apropriada identificação no leito geram menor custo e, se utilizados efetivamente, contribuem para minimizar a ocorrência de administração de medicamentos a pacientes errados.

Para DHATTS et al (2011), a ausência da pulseira, os erros tanto no nome quanto no número do prontuário do paciente são reconhecidos como as falhas mais frequentes de identificação dos pacientes. Um estudo internacional conduzido por 45 meses apontou que a ausência de pulseiras responde por 50,3% a 100% dos problemas encontrados, o nome por 0% a 24,6% e o número do prontuário por 0% a 25,3% dos erros.

No Domínio “Risco de Infecção”, podemos observar que os itens referentes a Ventilação Mecânica possuíram um resultado discrepante do resto dos itens avaliados. O ítem “*Sistema de ventilação mecânica está identificado?*” apresentou 15,8% de respostas sim no grupo 1 e 13,3% de respostas sim no grupo 2. Tal dado deve-se ao fato de que, na instituição, somente efetua-se a troca do circuito quando este apresenta sujidade visível, não efetuando-se a identificação do mesmo. Porém, quando há a troca do filtro da ventilação, este passa a ser

identificado com a data de troca. Durante a aplicação do checklist foi possível constatar em alguns pacientes essa atividade.

De acordo com estudo publicado no *Jornal Brasileiro de Pneumologia* (2007), não há vantagens em trocar os circuitos do ventilador mecânico a cada 48 horas, porque os ventiladores com umidificadores podem ter aumentada condensação da tubulação. As Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), recomendam não realizar a troca rotineira do circuito do ventilador mecânico, somente quando apresentar sujidade visível a olho nu, dano ou ventilação prolongada, maior que 30 dias.

Segundo SANTOS et al (2013), a manutenção do circuito da ventilação mecânica deve ser realizada diariamente, evitando o acúmulo de líquidos ou vazamentos, que podem ser prejudiciais ao suporte ventilatório ofertado ao paciente, podendo ocasionar o aumento da resistência, o aumento da PEEP e o risco de contaminação das vias aéreas. Em relação à troca do circuito, sugere que não anteceda 48 horas e nem exceda 5 dias, caso não haja nenhum dano ao circuito.

SILVA et al (2014), em seu estudo, lista algumas medidas de prevenção de PAVM, tais como: Lavagem das mãos e/ou desinfecção das mãos com base de álcool a 70%; Uso de vigilância microbiológica; Monitoramento e remoção precoce de dispositivos invasivos; Programas para uso racional de antibióticos; troca de circuitos do ventilador apenas quando sujos ou danificados, sem necessidade de troca programada; Troca de umidificadores a cada 7 dias ou quando necessário; Realizar aspiração de secreção subglótica quando o paciente for permanecer por mais de 72h em ventilação mecânica, de forma intermitente ou controlada por dispositivo especialmente desenvolvido para esse fim; quando disponível, usar cânulas com balonetes especialmente desenvolvidos para evitar microaspiração nos pacientes com previsão de ventilação mecânica por pelo menos 24h; Colocar e monitorizar a pressão do balonete do tubo endotraqueal em pelo menos 25cm H₂O; cabeceira elevada de 30 a 45 graus; Higiene oral diária; Interrupção diária da sedação; Descontaminação seletiva do trato digestivo; Uso de tubo traqueal revestido com prata quando intubação prevista para mais de 24h

O item “*Sistema de ventilação mecânica apresenta sujidade?*” apresentou 0% no primeiro grupo e 3,3% no segundo grupo, revelando que os profissionais de enfermagem

estavam atentos as possíveis sujidades nas conexões da ventilação mecânica. A troca é de fundamental importância para evitar as PAVM, pois o acúmulo de condensados nas conexões podem ocasionar infecções respiratórias. De acordo com o Jornal Brasileiro Pneumologia (2007) Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAVM) é aquela que surge de 48 a 72 horas após a intubação endotraqueal e a instituição da Ventilação Mecânica invasiva. Em estudo conduzido em 99 hospitais brasileiros, a pneumonia foi responsável por 28,9% de todas as infecções nosocomiais e, destas, 50% ocorreram em pacientes ventilados mecanicamente. Este estudo estima acréscimo de 13,3 dias de internação na unidade de terapia intensiva, em razão da aquisição da PAVM. Pode-se constatar também que estas infecções são muito frequentes, possuem alta morbidade e mortalidade, além de gerarem enormes custos hospitalares (PRADE et al, 1995).

7 CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível conhecer a aplicação das práticas adequadas de segurança do paciente, bem como o uso dos bundles e checklists na assistência de enfermagem de um hospital público terciário do município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Demonstrou-se o engajamento dos profissionais na aplicação dos protocolos de segurança do paciente, através da verificação da alta taxa de conformidade dos itens observados no checklist aplicado, contemplando algumas das recomendações internacionais de segurança desenvolvida pela OMS.

As limitações encontradas durante a realização da pesquisa foram o pouco tempo para a avaliação da assistência, o pouco número de pesquisadores envolvidos na coleta de dados, o número restrito de pacientes e o número de turnos avaliados. Sugere-se que seja realizado novos estudos acerca do assunto, visto a relevância da segurança do paciente, porém com um maior número de pacientes, em mais setores do hospital e em todos os turnos disponíveis de assistência (manhã, tarde e noite).

A inexistência de pesquisas prévias semelhantes na Unidade de Terapia Intensiva Clínica do Hospital em estudo impossibilita avaliar a influência da atual conjuntura de acreditação com o momento anterior à disseminação de ideias de segurança e de qualidade. Recomenda-se o desenvolvimento de novas pesquisas para que possa haver comparações entre os diferentes momentos vivenciados pelo hospital, permitindo avaliar a consolidação de uma cultura de segurança na instituição.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N.P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.13, n.spe, p.190-6, 2000.
- AMAYA, M.R. et al. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.37, n.spe, p.1-8, 2017.
- ANDRADE, L.E.L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.1, p.161-172, 2018.
- BARBOSA, L.R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n.2, p.366-70, 2008.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BECCARIA, L.M. et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.3,p. 243-8, 2014.
- BECCARIA, L.M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 21, n.3, p. 276-82, 2009.
- BESERRA, E.P. et al. Conflict management in nursing training. **J Nurs UFPE online**, v.12, n.10, p. 2891-6, 2018.
- BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**. v.35, n.5, p.319-31, 2011.
- BRACHINE, J. D. P.; PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G. Método bundle na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm**.v.33, n.4, p. 200-10, 2012.

BRASIL. Anvisa. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Brasília, 2014.

BRASIL. AMIB. **2º Censo Brasileiro de UTIs.** Disponível em: < <http://amib.com.br/publico/AnuarioAMIB.PDF> > Acessado em: 05 de Junho de 2019.

BRASIL. Jornal brasileiro de pneumologia. **Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica.** Disponível em: < http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_131_44_1diretrizes1.pdf > Acessado em: 06 de Junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente> > Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde/ANVISA/Fundação Oswaldo Cruz. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf > Acesso em: 20 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde/ANVISA/Fiocruz. **Protocolo de identificação do paciente.** Disponível em: < <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente> > Acesso em: 25 de maio de 2019.

BRASIL. Proqualis/ ICICT/Fiocruz. **Desenvolvimento de indicadores de segurança para o monitoramento de cuidado em hospitais brasileiros de pacientes agudos.** Disponível em: < <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/indicadores%20de%20qualidade.pdf> > Acesso em: 10 de maio de 2019.

CARAVANTES, G.R, PANNON C.C, KLOECKNER M.C. **Administração: teorias e processos.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia Científica: para uso dos estudantes universitários**. 3. ed. São Paulo : McGraw-Hill do Brasil. 1983.

CHABOYER, W. et al. Predictors of adverse events in patients after discharge from the intensive care unit. **American Journal of Critical Care**, v. 17, n.3, p. 255-63, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Cien Saude Colet**. v.11, n.3, p.705-11, 2006.

DHATT, G.S. et al. Patient safety: patient identification wristband errors. **Clin Chem Lab Med**. v.49, n.5, p.927-9, 2011.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**. v.114, p.1115-9, 1990

FREITAS, R.H.F.; RIBEIRO, C.C.S.; **A implantação de bundles em Unidades de Terapia Intensiva como estratégia de controle de Infecção Relacionada à Assistência de Saúde: Uma reflexão acerca da prática baseada em evidência**. Tese (Mba gestão em saúde e controle de infecção hospitalar) - programa de pós-graduação (lato sensu) instituto nacional de ensino e pesquisa. Jacareí. 2016

GOUVÊA, C. **Indicadores de segurança do paciente. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras [online]**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

GULDENMUND, F.W. The use of questionnaires in safety culture research - an evaluation. **Saf Sci**, v.45, n.6, p.723-43, 2007.

HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, G.M.S.S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. v.23, n.1, p.36-43,2015.

LEAPE, LL. Errors in medicine. **Clin Chim Acta**. v.404, n.1, p.2-5, 2009.

LEMOS, C.S.; CUNHA, K.C.S. O uso da identificação de pacientes em uma unidade hospitalar. **Rev enferm UFPE on line**. v.11, n.1, p.130-9, 2017.

MAGALHÃES, A.M.M. et al. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.4, p. 608-12, 2009.

MATOS, J.C. et al. Cultura de segurança do paciente no cuidado em saúde: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line**, v.10, n.6, p.2223-9, 2016.

MCDONALD, K.M, ROMANO, P.S, GEPPERT, J.J. Measures of Patient Safety Based on Hospital Administrative Data - The Patient Safety Indicators. **University of California San Francisco-Stanford Evidence-Based Practice Center**. n. 5, 2002.

MELLO, J.F.; BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.4, p.1124-33, 2013.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Editora Manole, 2001.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual Saf Health Care** v.12, n. 2, p.17-23, 2003.

OLIVEIRA, R.M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery**, v.18, n.1, p.122-29, 2014.

PADILHA, K.G. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. **Rev Latino Am Enferm**, v.9, n.5, p. 91-6, 2001

PEDREIRA, M.L.G. Práticas de enfermagem baseada em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. spe, p. 880-1, 2009.

PRADE, S.S. et al. Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **Rev Contr Infec Hosp**, v.2, p.11-24, 1995.

REIS, G.A.X. et al. Implantação das estratégias de segurança do paciente: percepções de enfermeiros gestores. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n.2, 2017.

SANTOS, A.S.E.; NOGUEIRA, L.A.A.; MAIA, A.B.F. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Protocolo de Prevenção. **Rev. UNILUS Ensino e Pesquisa**, v.10, n.20, 2013.

SILVA, A.E.B.C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul Enferm**. v.20, n.3, p.272-6, 2007.

SILVA, A.G.; OLIVEIRA, A.C. impacto da implementação dos *bundles* na redução das infecções da corrente sanguínea: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**. [online]. v.27, n.1, 2018.

SILVA, A.T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde debate [online]**, v.40, n.111, p.292-301, 2016.

SILVA, P.R. et al. Medidas de Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Interdisciplinar**. v.7, p.144-55, 2014.

SILVA-BATALHA, E.M.S.; MELLEIRO, M.M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. **Texto Contexto Enferm**. v.24, n.2, p. 432-41, 2015.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev Latinoam Enfermagem**, v. 10, n.2, p.137-44, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. **What are the advantages and limitations of different quality and safety tools for health care?** WHO Regional Office for Europe; 2005.

APÊNDICE A

CHECKLIST PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UTI

Paciente: _____ Prontuário: _____

Unidade de Internação: _____ Leito: _____ Sexo: F () M () Idade: _____

Data: _____ Turno: M () T () N () Dias de internação: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
1. Paciente possui pulseira de identificação?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
2. O leito está identificado?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
3. O leito e a pulseira contêm a mesma informação?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
4. A identificação está legível?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
5. A identificação contém duas ou mais informações?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
6. Se alérgico, está identificado?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		
7. Bombas de infusão estão identificadas?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
RISCO DE QUEDAS		
1. Grades elevadas?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
RISCO DE INFECÇÃO		
1. Solução alcoólica próximo ao paciente?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
2. Realiza higiene das mãos antes e depois de qualquer contato com paciente?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
3. Cabeceira elevada entre 30° e 45°?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
4. Sistema de VM apresenta sujidade?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
5. Sistema de VM está identificado?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
6. Os equipos possuem data?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
7. Conexões, conectores e portas de adição de medicamentos protegidos?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
8. Sonda vesical com sistema fechado?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
9. Bolsa coletora de diurese abaixo do nível da bexiga?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
10. Bolsa coletora com capacidade máxima de 2/3 de urina?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO		
1. Realizado mudança de decúbito de 2 em 2 horas?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()
2. Possui colchão pneumático?	<i>SIM</i> ()	<i>NÃO</i> () <i>NA</i> ()

APÊNDICE B

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: Eveline Pinheiro Beserra

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05030918.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.172.907

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal e quantitativo, a ser desenvolvido na unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza-CE. A população do estudo são os pacientes admitidos na UTI, composta por oito leitos. A amostra será de aproximadamente 240 observações da assistência de enfermagem ao paciente, além da checagem e implementação de três bundles pela equipe de enfermagem, que é um pacote de medidas que orienta ações para melhorar significativamente os resultados dos pacientes: Check-list multidisciplinar de prevenção de PAV (Pneumonia Associada à Ventilação), Check-list multidisciplinar para prevenção de infecção associada ao cateter venoso central e Check-list para manutenção adequada da sonda vesical de demora e prevenção de Infecções do trato urinário. A avaliação da assistência ocorrerá durante dois meses no período letivo de 2019.1, com 10 visitas de modo aleatório à unidade, em três turnos distintos: manhã, tarde e noite, totalizando 30 visitas. Serão excluídos da amostra pacientes que estejam impossibilitados de receber as ações contidas no checklist. Para coleta de dados será utilizado um instrumento na forma de checklist para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem na UTI.

O instrumento será preenchido pela pesquisadora, e foi produzido com base em protocolos do ministério da saúde para segurança do paciente, dos bundles utilizados na UTI e em estudos que utilizavam checklists para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. A avaliação será feita por checagem à beira do leito da qualidade da assistência prestada pela equipe de

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3396-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comape@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.172.907

enfermagem, não havendo o contato direto com o paciente nem questionamentos a ele. A avaliação do preenchimento dos bundles será através dos prontuários dos pacientes. O instrumento tem 5 categorias: Identificação do paciente, administração de medicamentos, risco de quedas, risco de infecção, risco de lesão por pressão, possuindo 31 itens a serem verificados como realizados ou não.

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar os protocolos assistenciais de enfermagem para segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para a pesquisadora, o projeto pode acarretar risco mínimo ao paciente, pois o estudo será feito a partir da coleta de dados por meio de prontuário. Para tanto, acrescentou-se o termo do fiel depositário.

Benefícios: Para a autora é conhecer a aplicação dos protocolos assistenciais de Enfermagem para segurança do paciente na UTI para aprimoramento da qualidade da assistência de Enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo pertinente, considerando-se a segurança do paciente no contexto da UTI.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P RQJETO_1269438.pdf	21/12/2018 13:29:41		Aceito
Outros	_CARTA_APRECIACAO_CEP.docx	21/12/2018 11:21:26	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3396-8344 E-mail: comspe@ufc.br

Continuação do Parecer: 3.172.907

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoifm.doc	21/12/2018 11:20:50	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	_DECLARACAO_PESQUISADORES.docx	21/12/2018 11:20:10	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
Cronograma	crono.docx	21/12/2018 11:19:41	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	21/12/2018 11:18:59	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
Outros	termo_compromisso.pdf	10/12/2018 23:39:43	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
Outros	anuencia.pdf	10/12/2018 23:37:49	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
Outros	cartaap.pdf	10/12/2018 23:37:17	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	depositario.pdf	10/12/2018 23:36:34	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoifnal.doc	10/12/2018 23:35:47	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	10/12/2018 23:35:26	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodiencia.pdf	10/12/2018 23:35:13	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	dec.pdf	10/12/2018 23:34:32	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito
Folha de Rosto	foiheaderosto.pdf	10/12/2018 16:42:02	Eveline Pinheiro Beserra	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-275
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8344 E-mail: conep@ufc.br