



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

WEGILA PEREIRA DE ALENCAR

**REGISTRO E GERENCIAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: ESTUDO DOCUMENTAL**

FORTALEZA

2019

WEGILA PEREIRA DE ALENCAR

**REGISTRO E GERENCIAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: ESTUDO DOCUMENTAL**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Meneses Oliveira

FORTALEZA

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)

- A355r Alencar, Wegila Pereira de.
Registro e gerenciamento de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva neonatal : estudo documental / Wegila Pereira de Alencar. – 2019.
74 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Roberta Meneses Oliveira.
1. Enfermagem. 2. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 3. Registros de Enfermagem. 4. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. 5. Segurança do Paciente. I. Título.
- CDD 610.73
-

REGISTRO E GERENCIAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: ESTUDO DOCUMENTAL

Monografia apresentada ao Curso de Graduação
em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Ceará, como requisito
à obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Meneses
Oliveira

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

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

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

Prof^ª. Esp. Érika da Silva Bandeira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por sempre abençoar e iluminar minhas decisões, e me da força para seguir em frente e realizar meu sonho.

Aos meus pais, por todo apoio durante essa caminhada e por nunca deixarem faltar nada, serei eternamente grata.

A Gleiciane Ferreira, por toda força, apoio e compreensão durante todo esse período de dificuldade, sempre esteve ao meu lado, você foi essencial!

A minha grande amiga Mikaelly Jucá, que me acompanhou em todo esse processo, e esteve sempre do meu lado em todos os momentos da minha vida!

A minha amiga Senna Marcos, por ter me ajudado em um dos momentos mais difíceis dessa caminhada.

A minha amiga Gabrielle Torquato, por me emprestar seu Wi-fi, que foi de suma importância na reta final da minha graduação.

A minha amiga Wanessa Cavalcante, por estar sempre ao lado e escutar minhas lamentações e continuar me apoiando.

A todos meus amigos que fizeram parte de todo esse tempo de graduação e me ajudaram direta ou indiretamente na realização dessa conquista.

A minha orientadora Roberta Meneses Oliveira, pela sabedoria e paciência em me ensinar e me acolher. Obrigada por todos os conselhos e aprendizados nessa jornada.

A todas as enfermeiras que se disponibilizaram em ajudar na realização da minha coleta.

A todos que contribuíram com minha conquista. Muito obrigada! Eu amo vocês!

RESUMO

Estudando a assistência ao paciente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, e relacionando esta com as particularidades dos neonatos, percebe-se que os riscos à segurança do cuidado podem ser maiores. Com isso, os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem são ferramentas utilizadas pelas instituições de saúde na busca de aperfeiçoarem o desempenho, gerenciarem processos e diminuir a ocorrência de eventos adversos. Objetivou-se analisar o monitoramento dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal. Estudo descritivo, documental e retrospectivo, realizado no centro de terapia intensiva neonatal (CTIN) de um hospital pediátrico de referência no Ceará, no período de abril a maio de 2019. Para coleta dos dados, utilizou-se das fichas de registro para observação e documentos institucionais adotados no serviço para monitoramento dos indicadores (Boletim de Ocorrência e Ficha Mensal de Indicadores), tendo sido analisados os registros do ano de 2018. As variáveis analisadas foram: tipo de indicador, fórmula, responsável pelo registro, tipo de registro, condutas adotadas e observações gerais relacionadas ao gerenciamento dos indicadores. Os resultados foram apresentados em quadros e tabelas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (nº3.603.023/2018). Como resultados, identificou-se o uso de 9 indicadores de qualidade na unidade, sendo a sua maioria de processo (extubação não-programada, perda de cateter central de inserção periférica, lesão de pele, flebite, perda da sonda orogástrica/ oroentérica, erro de medicação, taxa de infecção). A análise dos boletins permitiu identificar 72 registros referentes aos indicadores ao longo de 2018; destes, 29 eram referentes à extubação não programada, 24 à perda de cateter venoso central, 10 aos erros de medicação, 6 à lesão de pele, 1 ao quase erro de medicação e 2 à retirada não planejada de sonda orogástrica/ oroentérica. Foi evidenciada subnotificação de incidentes e constatado que a maioria dos registros não continha todas as informações sobre os eventos/ incidentes com os pacientes, o que impossibilitava a tomada de decisão quanto às ações de melhoria na assistência prestada e a redução dos danos associados aos incidentes. Conclui-se que o gerenciamento dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem tem sido realizado efetivamente no centro de terapia intensiva neonatal estudado, contemplando requisitos de qualidade recomendados nacionalmente. Utilizam-se instrumentos baseados em evidência, mas registram-se poucos detalhes das condutas após os incidentes relacionados aos indicadores. Sugere-se investimento em educação continuada, bem como o monitoramento desses registros, a fim de se obter melhores resultados na qualidade da prática assistencial.

Descritores: Enfermagem, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Registros de Enfermagem, Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde, Segurança do Paciente, Gestão da Segurança.

ABSTRACT

Studying assistance to the patient in Neonatal Intensive Care Units and relating them to the particularities of the newborns, realizing the risks to the safety of care may be greater. Thus, quality indicators of nursing care are selected by the health clinics in the search for performance, the management of processes and decrease in the occurrence of adverse events. The objective of this study was to analyze the monitoring of quality indicators of nursing care in a neonatal intensive care unit. A descriptive, documental and retrospective study was carried out at the neonatal intensive care unit (NICU) of a reference pediatric hospital in Ceará, from April to May 2019. For the data collection, we used the records for observation and institutional documents adopted in the service for monitoring the indicators (Occurrence Bulletin and Monthly Indicator Sheet), and analyzed the records for the year 2018. The variables analyzed were: type of indicator, formula, responsible for recording, type of record, adopted behaviors and general observations related to the management of the indicators. The results were presented in tables and tables. The study was approved by the Research Ethics Committee of the institution (n°3.023.603 / 2018). As a result, the use of 9 quality indicators in the unit was identified, being the majority of the process (non-programmed extubation, loss of central peripheral insertion catheter, skin lesion, phlebitis, loss of orogastric / oroenteric probe, error of medication, rate of infection). The analysis of the bulletins allowed to identify 72 registers referring to the indicators throughout 2018; 29 of these were related to unplanned extubation, 24 to central venous catheter loss, 10 to medication errors, 6 to skin lesion, 1 to almost medication error and 2 to unplanned orogastric / oroenteric catheter removal. It was evidenced underreporting of incidents and found that most of the records did not contain all the information about the events / incidents with the patients, which made it impossible to decide on the actions to improve the care provided and to reduce the damages associated with the incidents. It is concluded that the management of nursing care quality indicators has been effectively carried out in the neonatal intensive care center studied, contemplating nationally recommended quality requirements. Evidence-based instruments are used, but few details of the pipeline are reported after the incidents related to the indicators. It is suggested to invest in continuing education, as well as the monitoring of these records, in order to obtain better results in the quality of care practice.

Descriptors: Nursing, Neonatal Intensive Care Units, Nursing Registries, Health Care Quality Indicators, Patient Safety, Safety Management.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

| | |
|---|----|
| Quadro 1. Indicadores de qualidade da assistência neonatal adotados na unidade segundo critérios de avaliação do checklist. Fortaleza, 2019..... | 29 |
| Quadro 2. Distribuição dos registros de enfermagem nos boletins de ocorrência e condutas/medidas adotadas. Fortaleza, CE, 2018..... | 45 |
| Tabela 1 – Resultados mensais de frequência e médias dos indicadores de estrutura adotados no CTI, em 2018. Fortaleza, 2019..... | 34 |
| Tabela 2 – Resultados mensais de frequência e médias dos indicadores de processo relacionados a acessos vasculares adotados no CTIN, em 2018. Fortaleza, 2019..... | 38 |
| Tabela 3 – Resultados mensais de frequência e médias de eventos adversos registrados no CTIN, em 2018. Fortaleza, 2019..... | 41 |
| Tabela 4 – Resultados mensais do número de registros dos indicadores de qualidade adotados no CTI, em 2018. Fortaleza, 2019. (n=72) | 43 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | | |
|---------------|---|--|
| ANVISA | – | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| AVC | – | Acesso Venoso Central |
| BO | – | Boletins de Ocorrência |
| CCIP | – | Cateter central de inserção periférica |
| CEP | – | Comitê de Ética em Pesquisa |
| COFEN | – | Conselho Federal de Enfermagem |
| CTIN | – | Centro de Terapia Intensiva Neonatal |
| CVC | – | Cateter Venoso Central |
| CVU | – | Cateter Venoso Umbilical |
| DV | – | Dissecção Venosa |
| EA | – | Eventos Adversos |
| ENP | – | Extubação Não Planejada |
| GQT | – | Gestão da Qualidade Total |
| IPCS | – | Infecção Primária da Corrente Sanguínea |
| ITU | – | Infecções do Trato Urinário |
| MS | – | Ministério da Saúde |
| NAGEH | – | Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar |
| OMS | – | Organização Mundial de Saúde |
| PAVM | – | Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica |
| PICC | – | Cateter central de inserção periférica |
| PNSP | – | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| PVC | – | Pressão Venosa Central |
| SAE | – | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SOE | – | Sonda Oroentérica |
| SOG | – | Sonda Orogástrica |
| TOT | – | Tubo Orotraqueal |
| UTI | – | Unidade de Terapia Intensiva |
| UTIN | – | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |
| UTIPN | – | Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e/ou Neonatal |
| VM | – | Ventilação Mecânica |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 GERAIS | 15 |
| 2.2 ESPECÍFICOS | 15 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 16 |
| 3.1 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM | 16 |
| 3.2 INDICADORES DE QUALIDADE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL | 18 |
| 4 METODOLOGIA | 23 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO | 23 |
| 4.2 LOCAL E PERÍODO | 23 |
| 4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA | 24 |
| 4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS | 24 |
| 4.5 ANÁLISE DOS DADOS | 25 |
| 4.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS | 25 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 26 |
| 5.1 DOCUMENTOS DE REGISTRO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL | 26 |
| 5.2 INDICADORES DE QUALIDADE UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL | 27 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| REFERÊNCIAS | 57 |
| APÊNDICE A – CHECKLIST DE ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI NEONATAL | 63 |
| ANEXO A – FICHAS DE OCORRÊNCIA REFERENTE AOS INDICADORES DE QUALIDADE UTILIZADOS NA UTIN | 65 |
| ANEXO B - FOLHA DE REGISTRO MENSAL INDICADOR CTI E INDICADORES DE ASSISTÊNCIA UTILIZADOS NA UTIN | 68 |
| ANEXO C– PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 72 |

1 INTRODUÇÃO

No âmbito hospitalar, são prestados diversos tipos de assistência, como a atenção em saúde especializada e de alta complexidade. Em especial, a unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente destinado ao atendimento de pacientes graves que precisam de monitorização contínua, sendo considerado um ambiente com espaço físico diferenciado, de alta tecnologia e com profissionais treinados e qualificados para prestar cuidados ao paciente crítico (SILVA et al., 2017).

O avanço tecnológico na área da saúde trouxe grandes benefícios para o tratamento e a recuperação de neonatos prematuros de alto risco, aumentando suas chances de sobrevivência. No entanto, a implantação da tecnologia nem sempre veio acompanhada de humanização e de qualidade na assistência. Nesse mesmo sentido, os cuidados prestados aos neonatos devem estar ligados tanto à integralidade quanto à humanização, resultando, assim, em uma assistência à saúde resolutiva e de qualidade (GOMES et al., 2017).

Desse modo, é preciso agregar a melhor tecnologia disponível à promoção do acolhimento e atendimento resolutivo aos neonatos e seus familiares (GOMES et al., 2017). Para que se desenvolva um cuidado de qualidade nas práticas diárias da equipe de enfermagem, é necessário que a equipe realize, diariamente, o diagnóstico local do seu processo de trabalho, além de reunir conhecimentos específicos relacionados à clientela atendida e às práticas de humanização do atendimento.

A enfermagem neonatal desempenha um papel essencial na qualidade da atenção hospitalar, uma vez que coordena a assistência e permanece junto ao neonato por 24 horas. Além disso, deve informar as observações verificadas junto ao paciente e se relacionar diretamente com os familiares, pais e avós. Todas essas atividades demandam do enfermeiro um conhecimento técnico-científico e estabilidade para intervenções nos processos de trabalho e uma assistência de qualidade a fim de reduzir os agravos (BARBOSA et al., 2015).

Diante desse contexto de muitas demandas e atribuições, o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pode gerar desgastes, tanto físicos quanto emocionais, tendo em vista que reúne diversas fontes geradoras de estresse, e isso pode vir a comprometer todo o processo de trabalho em que os membros da equipe de enfermagem estão inseridos. Dentre essas fontes, pode-se citar o espaço físico inadequado, a escassez de materiais, o déficit de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho e a falta de compromisso de alguns trabalhadores, os quais potencializam a ocorrência de eventos adversos neste cenário (GOMES et al., 2017).

Sendo assim, no que se refere à assistência ao paciente na UTIN e relacionando esta com as particularidades dos neonatos, os riscos à segurança, nesta situação, podem ser maiores. Um estudo na UTIN de um hospital filantrópico brasileiro identificou que, dos 218 neonatos admitidos em um período de cinco meses, 183 (84%) sofreram eventos adversos (EA) e a maioria destes sofreu mais de um EA com uma taxa média de 2,6 EA para cada paciente, durante uma média de internação de 13,5 dias. Ainda se considera que pode haver subregistro dos eventos adversos, e isso pode ser ocasionado por fatores como desconhecimento dos profissionais de saúde, negligência ou medo da punição por violação da lei (SOUSA et al., 2016).

Entre os EA mais frequentes em UTIN destacam-se as infecções bacterianas, eventos associados a medicamentos, a cateteres intravasculares e eventos relacionados à assistência respiratória do neonato. O tempo de internamento do paciente também é considerado um fator de risco para a ocorrência de EA, aumentando em 6% a cada dia de internamento, principalmente em unidade de terapia intensiva, pois o número de intervenções é relativamente elevado (VENTURA et al., 2012).

Diante do exposto, os indicadores são mais uma forma de contribuir para as instituições de saúde que se preocupam em aperfeiçoar o seu desempenho junto aos clientes e diminuir a ocorrência de EA. Gerenciar qualidade refere-se ao empenho em ofertar um bom produto ou prestação de serviço aos clientes ou usuários. No caso de um serviço de saúde, o objetivo seria oferecer uma assistência na qual o efeito desejado fosse de acordo com as expectativas dos usuários, dos prestadores de assistência, dos gestores dos serviços, dos financiadores e até dos fornecedores de materiais e equipamentos, entre outros atores privilegiados (BARBOSA et al., 2015).

Os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade neonatal são aqueles relacionados à aplicação de conhecimentos e tecnologias no desenvolvimento das técnicas no cuidar, que repercutem na diminuição ou eliminação das alterações nos neonatos internados na unidade; e que delas decorram mínimas ou nenhuma sequela futuramente. Garantindo, então, não somente a sobrevida, mas, sobrevida com qualidade (BARBOSA et al., 2015).

Nessa perspectiva, questiona-se: de que forma são gerenciados os indicadores de qualidade em unidades de cuidados neonatais de um hospital pediátrico de referência para o Estado do Ceará?

A realização do presente estudo foi motivada, inicialmente, pelo interesse pela área de cuidados pediátricos e neonatais. Percebe-se, nesta área, a relevância do papel do

enfermeiro nas UTIN, diante das diversas tarefas exercidas por este profissional e pela segurança na avaliação da qualidade do cuidado por meio de indicadores, como forma de contribuir tanto para os profissionais de saúde na melhoria do cuidado, como de compreender a qualidade deste cuidado. Em segundo lugar, a participação em um grupo de pesquisa que trabalha com temas relacionados à Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente possibilitou uma maior aproximação com a temática e suscitou o interesse no estudo de indicadores de qualidade.

Portanto, esta pesquisa tem como enfoque a análise dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem prestada em unidades de cuidados neonatais de hospital pediátrico de referência.

Propõe, assim, contribuir para uma assistência prestada com qualidade, diante da avaliação dos indicadores de qualidade da equipe de enfermagem em uma UTIN. Ademais, pode favorecer um *feedback* para a gestão do serviço garantir um ambiente de trabalho mais seguro e efetivo tanto para equipe, no que se refere à satisfação pessoal e profissional, confiança, liderança, bem-estar; quanto para o paciente, por meio da assistência prestada com maior qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o monitoramento dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Investigar os documentos institucionais que reúnem dados relativos aos indicadores de qualidade da assistência;
- b) Descrever e classificar os indicadores de qualidade utilizados pelos enfermeiros no gerenciamento do cuidado ao neonato em cuidados críticos;
- c) Analisar a ocorrência e a conformidade de registros de enfermagem sobre os indicadores de qualidade da assistência;
- d) Averiguar as condutas tomadas após incidentes segundo o registro das ocorrências pelos enfermeiros.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM

Devido às diversas transformações ocorridas a partir do processo de globalização e desenvolvimento tecnológico na área da saúde, surgiu a necessidade de reformular seus processos de trabalho a fim de garantir a eficácia de seus serviços. Passou-se a se considerar a qualidade como um requisito fundamental para a conservação econômica, diante do aumento da exigência do consumidor e, ainda, uma demanda ética, legal e um direito social do cliente. (BORSATO et al., 2016).

Na área da saúde, um estudioso que obteve grande destaque foi o médico Avedis Donabedian, que propôs teorias diversas referentes à prestação de cuidado com qualidade. Segundo este, a qualidade em saúde foi definida como a capacidade articulada dos profissionais, dos serviços, do sistema de saúde e da sociedade, em configurar um conjunto harmônico capaz de oferecer uma assistência digna, tecnicamente bem desenvolvida, por profissionais treinados e justamente pagos, que os usuários possam utilizá-lo sempre e na medida de suas necessidades, sendo todo esse conjunto financeiramente viável, economicamente sustentável e uma escolha democrática da cidadania (DONABEDIAN, 1992).

Donabedian também desenvolveu os sete pilares da qualidade, sendo eles a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Criou, ainda, um modelo avaliativo da qualidade pautado na tríade “estrutura, processos e resultados”, na qual a Estrutura refere-se ao local onde o cliente recebe o atendimento; bem como os recursos humanos e materiais utilizados no desenvolvimento das atividades de cuidado e sua adequação ao uso; o Processo é referente à análise de um conjunto de atividades, desenvolvidas na assistência, segundo padrões preestabelecidos, que envolvem aspectos do cuidado, diagnóstico e tratamento e pautam-se em protocolos e rotinas previamente estabelecidas; e os Resultados que são verificados, ao final do atendimento, os efeitos da assistência prestada na saúde do cliente, bem como sua satisfação (BORSATO et al., 2016).

Sendo assim, para que haja assistência de qualidade nestes serviços, é fundamental que o profissional saiba gerir a unidade, desde a administração até a prestação do cuidado em si, procurando sempre atualizar e aprimorar seus conhecimentos científicos, estar

a par das mudanças tecnológicas, valorizando o atendimento humanizado e holístico (ROCHA; LEMOS, 2017).

Com isso a qualidade, a busca por uma atenção qualificada, a satisfação do usuário, bem como a capacidade operacional vem se tornando um dos principais objetivos da maioria desses serviços. Então, a Gestão da Qualidade Total ou Gerenciamento da Qualidade Total (GQT) vem surgindo como um novo modelo de gestão, em que ocorre a mudança de foco do serviço para a criação de um sistema da qualidade (VITURI; ÉVORA, 2015).

Desde então, o foco de análise influenciou uma cultura organizacional amparada em mudanças de condutas e procedimentos (BORSATO et al., 2016).

Para a Enfermagem, a administração do cuidado com qualidade é uma preocupação desde Florence Nightingale. Atualmente, com as inovações e mudanças na categoria, esta mantém seu foco para a garantia da qualidade do cuidado como direito do cliente. Foi nesse cenário que passou a ser inserido, em seus processos gerenciais, metodologias avaliativas dos componentes estruturais, processos e resultados, permitindo levantar as informações sobre a qualidade da assistência, podendo compará-las a padrões previamente estabelecidos e utilizá-las como contribuição para a implementação de medidas de melhoria contínua (BORSATO et al., 2016).

De acordo com Vieira (2016), a adequação quantitativa e qualitativa de profissionais de enfermagem para prestar assistência, de forma segura e eficiente, tem se tornado um enorme desafio. Todavia, o alto custo dos cuidados continua tendo uma forte influência na provisão desses profissionais, que limita as contratações de profissionais, tendo em vista que as UTI demandam de alta tecnologia e requerem maior quantidade de recursos humanos, podendo promover e manter a qualidade da assistência prestada.

A qualidade do cuidado de enfermagem tem como objetivo a prestação de serviços que atendam de forma segura as necessidades dos pacientes, sendo indispensáveis ações de planejamento que incluam o fornecimento de estrutura física e de recursos materiais adequados, a busca de novas tecnologias e o provimento de profissionais qualificados e em número suficiente. Nos últimos anos, a prestação do cuidado livre de danos e com qualidade vem sendo buscada por instituições e profissionais da área da saúde, sendo abordado de forma constante (OLIVEIRA, 2017).

O desenvolvimento da tomada de decisão em relação às questões relacionadas à combinação quantitativa e qualitativa de profissionais de enfermagem, frente aos padrões de qualidade e de segurança assistenciais desejados pelos serviços de saúde, pode estar

relacionado ao tempo de assistência de enfermagem dispensado aos pacientes e indicadores de qualidade assistencial (GARCIA et al., 2019).

Diante disso, percebe-se que, para se ter um serviço de qualidade, é necessário diversos fatores, desde a gestão, a prestação dos cuidados, o ambiente em que está inserido, bem como os procedimentos realizados e o tempo de assistência demandado. Como também a avaliação dos possíveis eventos adversos que podem ser causados no paciente, como forma de prevenir e/ou avaliar eventos indesejados.

3.2 INDICADORES DE QUALIDADE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

A qualidade da assistência em UTI pode ser avaliada através de indicadores que, mediante a utilização de métodos concretos, tem como objetivo uma demonstração numérica do desempenho técnico e de processos de tratamento desenvolvidos na unidade. Sendo assim, os indicadores escolhidos devem ser analisados cuidadosamente para que sejam completos práticos e válidos, e com isso poderemos investigar as áreas que demandam uma maior investigação (OLIVEIRA, 2017).

Um dos enfoques de gestão da segurança possivelmente mais destacados é o desenvolvimento de sistemas de indicadores de monitoramento, com o objetivo de comparar instituições, identificar problemas e situações susceptíveis de melhoria, e controlar o efeito das eventuais intervenções (BRASIL, 2017).

Sendo assim, os indicadores têm como objetivo auxiliar o monitoramento dos possíveis erros e eventos adversos ocorridos durante as internações (OLIVEIRA, 2017).

O monitoramento torna a atenção à saúde mais clara para médicos, pacientes e hospitais, além de fornecer informações para direcionar iniciativas de melhorias. A utilidade dos indicadores depende de sua validade, confiabilidade e viabilidade. A sua implementação como uma ferramenta para auxiliar a melhoria da qualidade, requer uma estratégia de comunicação eficaz dos resultados (BRASIL, 2017).

O uso dos indicadores permite avaliar o alcance de metas de qualidade e segurança do paciente, assim como comparar desempenhos (benchmarking) e identificar oportunidades de melhoria. O monitoramento de indicadores pode ser definido como uma atividade planejada e sistemática para identificar problemas ou situações que devem ser estudadas de forma profunda ou ser objeto de intervenção para melhorar. Os bons indicadores precisam ser válidos, confiáveis e benéficos para a finalidade do monitoramento. Ou seja, na

gestão da segurança, válidos, confiáveis e benéficos para detectar problemas de segurança do paciente e para controlar a sua resolução e a sustentabilidade das melhorias alcançadas.

Os principais indicadores de segurança do paciente são:

1. Indicadores ou eventos sentinela: aqueles em que só um caso é suficiente para indicar o problema e deve conduzir a uma análise de causas para redesenhar o processo afetado, de forma que o evento detectado não ocorra novamente.

2. Triggers: representam sinais, sintomas ou situações que supostamente são indicativos da existência de um evento adverso. Quando são encontrados, deve-se realizar uma avaliação mais detalhada para ver se realmente o evento adverso ocorreu.

3. Indicadores de resultado: referem-se à presença de complicações, inclusive óbitos, relacionados com incidentes de segurança nos serviços de saúde. Consequentemente, há uma necessidade de ajustes para serem interpretados corretamente e ainda, dificuldades de mensuração.

4. Indicadores de boas práticas (estrutura e processo): trata-se de um enfoque alternativo ou complementar baseado em medir a presença de aspectos estruturais e de processo cuja influência na segurança do paciente já foi provada cientificamente de forma suficiente.

Com isso os indicadores de boas práticas (estrutura e processo) e os de resultado podem estar fundamentados em relatos do próprio paciente ou dos familiares sobre aspectos relacionados à segurança, com o objetivo de detectar situações potencialmente perigosas ou arriscadas de aparecer eventos adversos. Todos os indicadores são recomendados tanto para os sistemas de saúde como a nível institucional, mas alguns deles, como os de resultados, são mais aplicáveis de forma agregada.

Erros e eventos adversos são conceitos relacionados à área de Segurança do paciente, a qual é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a redução de riscos de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. No caso da segurança do paciente neonatal, devem-se priorizar as mesmas medidas já recomendadas para os pacientes em geral, ou seja: identificação, prevenção e notificação de erros e eventos adversos (GAIVA; RONDON; JESUS, 2017).

Sabe-se que erros são ações não planejadas e não intencionais, enquanto eventos adversos são incidentes relacionados à assistência em saúde que causam danos aos pacientes. Estes devem ser monitorados pela equipe e registrados para gerenciamento da qualidade prestada, auxiliada pelo manejo dos indicadores.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em sua Instrução Normativa nº 4, que discorre a respeito dos indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva, em consonância com art. 48 da RDC/ANVISA nº 7, destaca-se que os monitoramentos dos respectivos indicadores devem ser realizados mensalmente, destacando-se: Tempo de Permanência na Unidade de Terapia Intensiva; Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), Taxa de utilização de Ventilação Mecânica (VM), Densidade de Incidência de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) relacionada ao Acesso Vascular Central; Taxa de utilização de Cateter Venoso Central (CVC) e Densidade de Incidência de Infecções do Trato Urinário (ITU) relacionada a cateter vesical.

Segundo Oliveira (2017), os indicadores servem de instrumento para caracterização, avaliação e monitoração da saúde e seus determinantes, levando em consideração uma população, pessoa ou mesmo uma instituição. Estes indicadores são instrumentos fundamentais para ajudar as instituições a identificarem áreas que precisam de maior atenção com visão voltada à melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

Em relação à assistência neonatal, a ANVISA propõe estratégias destinadas à melhoria da qualidade e segurança na assistência materna e neonatal, objetivando a redução de agravos resultantes do processo reprodutivo e diminuição dos danos do processo assistencial (GAIVA; RONDON; JESUS, 2017).

Durante a internação em UTIN, o neonato se depara com inúmeros fatores que podem ser desencadeadores de estresse, devido um ambiente com vários aparelhos, como: as incubadoras, os respiradores, os monitores cardíacos, a oximetria de pulso, os aspiradores, entre outros, que produzem diversos ruídos e que podem prejudicar a audição do neonato, resultando, assim, em choro, diminuição do sono, com impacto no sistema cardiorrespiratório, em que observadas alterações como: irregularidade na respiração, hipertensão arterial, e taquicardia (COSTA et al., 2018).

No que se refere ao desenvolvimento tecnológico e científico, autores expressaram a incidência de iatrogenia como evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial ao paciente, podendo ser ou não consequência de falha do profissional envolvido na assistência, tendo como destaque o uso de tratamento medicamentoso, resultando em efeitos indesejáveis e lesões neurológicas; a terapia com oxigênio, podendo causar cegueira no RN; o uso desordenado de antibióticos, levando a uma diminuição da defesa do organismo contra as infecções; a punção venosa de repetição, ocasionando estímulos dolorosos; as manipulações em excesso, trazendo complicações para o desenvolvimento do recém-nascido,

como também o ambiente ruidoso, resultando em alterações fisiológicas e comportamentais da criança (SOUSA et al., 2016).

Dessa forma, a UTIN se torna um ambiente que apresenta uma carga de fatores estressores, que implica em situações negativas para organização comportamental e fisiológica do neonato. Apesar do esforço e dedicação que os profissionais de enfermagem possam realizar no sentido de humanizar o cuidado em UTIN, esta é uma tarefa difícil, visto que demanda atitudes às vezes individuais contra todo um padrão de normas. E, muitas vezes, a própria logística do trabalho na UTIN impossibilita que o profissional reflita sobre seu processo de trabalho (COSTA et al., 2018).

Sendo assim, autores afirmam que a segurança do paciente no ambiente de UTIN, juntamente com as particularidades dos neonatos, os riscos à segurança, nesse contexto, podem ser maiores (TOMAZONI et al., 2015).

No âmbito brasileiro, a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelo Ministério da Saúde (MS) e a ANVISA é de grande importância, pois visa a melhoria da segurança e a redução da incidência de eventos adversos. Cabe destacar, ainda, que uma das estratégias desse programa é a promoção da cultura de segurança, sendo esta definida como os padrões comportamentais de indivíduos e grupos, que podem ser baseados em seus valores e em suas atitudes, e que determinam a maneira como vão exercer seu trabalho (TOMAZONI et al., 2015).

Diversos são os procedimentos realizados no neonato desde sua admissão até a sua alta. Entre eles: a administração de medicamentos, a passagem de Cateter central de inserção periférica (CCIP), mais conhecido como PICC, a ventilação mecânica e a realização de curativos. Tais procedimentos estão diretamente relacionados aos indicadores utilizados em uma UTIN.

Um evento adverso comum nas UTIN é a Extubação Não Planejada (ENP), que pode ser definida como a retirada precoce ou posicionamento inadequado do tubo endotraqueal na via aérea (SOUSA; ALVES; ALENCAR, 2018).

A retirada não programada do tubo endotraqueal pode ser decorrente do manuseio inadequado pelos profissionais, fixação inadequada, troca da fixação, mau posicionamento do circuito, transporte ou obstrução do tubo endotraqueal. É possível identificar esse evento através de sinais e sintomas, sendo necessária a atenção para os mesmos (SOUSA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Segundo Siqueira et al. (2014), a assistência ventilatória visa oferecer uma oxigenação tecidual adequada e que venha a garantir às trocas gasosas, melhorando a ventilação alveolar, amenizando o trabalho respiratório e dilatando as áreas atelectasiadas.

Outro indicador que podemos citar está relacionado ao uso cateter central de inserção periférica (PICC), que se tornou uma alternativa amplamente utilizada por ser considerado um acesso seguro e eficaz. Frequentemente, este cateter destina-se à administração de hidratação venosa, infusões de concentração de glicose, antibióticos, analgésicos, quimioterápicos, nutrição parenteral, monitorização de Pressão Venosa Central (PVC). Nesse sentido, é essencial avaliar as práticas que envolvem a inserção e o manejo desse procedimento, a qualificação profissional, a fim de prevenir possíveis complicações e garantir qualidade na assistência (LUI et al., 2018).

Diante disso, o uso inadequado do PICC pode gerar diversas complicações. Pode-se considerar como algumas de suas complicações, os seguintes eventos: obstrução, extravasamento, ruptura, infecção, trombose, migração da ponta do cateter. Essas correspondem de 15% a 48% das intercorrências relacionadas ao seu uso. Tais complicações podem resultar na redução do tempo de permanência do PICC e a falha na terapia medicamentosa e sobrevivida do neonato (PRADO et al., 2018).

Podendo acarretar, ainda, em outro indicador utilizado nessa área, como a lesão de pele em decorrência do extravasamento de medicações ou fixação inadequada do dispositivo.

A internação em uma UTIN, a quantidade de procedimentos invasivos, manipulações, além da diversidade da flora microbiana deste ambiente, associados à imaturidade tegumentar do recém-nascido, contribuem para o aumento da incidência de complicações e sepse. Sendo assim, o enfermeiro tem papel fundamental nos cuidados prestados ao neonato, pois se torna um desafio à manutenção da integridade da pele e a redução das complicações causadas por procedimentos invasivos (FEITOSA et al., 2018).

Assim, ao priorizar uma assistência de qualidade e a redução de dano aos pacientes, principalmente no ambiente das UTIN, o uso de indicadores de qualidade se torna uma ferramenta de avaliação de suma importância, tanto para a gestão, para os profissionais quanto para um funcionamento de qualidade dessas unidades.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo, documental e retrospectivo. A pesquisa descritiva é aquela que investiga, observa, registra e compara aspectos (variáveis) que envolvem fatos ou fenômenos, sem alterá-los. Esse tipo de pesquisa tem como característica a uniformização da coleta de dados e a busca de compreender a relação entre as variáveis que são estudadas (SILVA et al., 2016).

Existem diversos tipos de pesquisas descritivas, dentre eles: documental, estudos de campo, levantamentos, desde que se estude a correlação de, no mínimo, duas variáveis. A pesquisa documental, também conhecida como pesquisa de fontes primárias, analisa documentos que ainda não foram tomados como base de uma pesquisa, ou seja, que ainda não analisados. Essa pesquisa tem como vantagem a confiança nas fontes documentais, o baixo custo e contato do pesquisador com documentos originais. Nesse estudo, a pesquisa foi documental, pois se utilizou de fichas de registro para observação e coleta de dados em documentos utilizados no serviço (SILVA et al., 2016).

4.2 LOCAL E PERÍODO

A pesquisa foi realizada no Centro de Terapia Intensiva Neonatal (CTIN) de um hospital pediátrico de referência para o Estado do Ceará e para a região Nordeste, pertencente à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Trata-se de hospital de referência em atendimento de alta complexidade de cirurgia neonatal, cardíaca, neurológica, ortopédica, modelo no atendimento do câncer infantil no Brasil desde 1998, pelo Ministério da Saúde, referência, ainda, para a atenção à saúde da criança nas áreas de atenção integrada às doenças prevalentes da infância, aleitamento materno e humanização para os estados do Norte e Nordeste. Conta com o programa de Residência Multiprofissional em Pediatria nas áreas de Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional, Odontologia, Serviço Social, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Medicina.

A unidade do estudo possui um total de 12 leitos, sendo formada por uma equipe multiprofissional composta por 2 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem, 2 médicos e 1 fisioterapeuta por turno. A carga horária de trabalho varia conforme a escala mensal, sendo, em sua maioria, formada por um enfermeiro com plantão de 6 horas diurnas, um enfermeiro

de 6 horas vespertino ou 12 horas noturno; técnicos de enfermagem em plantões de 6 horas por turno ou 12 horas/dia; fisioterapeutas com carga de 12 horas/dia ou 12 horas/noturno e médicos com plantões de 6 horas/dia ou 12 horas/dia.

A coleta dos dados foi desenvolvida no período de abril a maio de 2019.

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

A amostra do estudo foi constituída pelos documentos institucionais do CTIN, nos quais são registrados os indicadores de qualidade da assistência. Portanto, compuseram a amostra as Fichas de Ocorrências (ANEXO A), conhecidas na unidade como Boletins de Ocorrência (BO), e a ficha de registro mensal denominada INDICADOR CTI e seus indicadores (ANEXO B), ambas preenchidas ao longo do ano de 2018.

Ressalta-se que estes boletins servem como documentos de notificação para o gerenciamento da unidade, bem como para nortear as ações da gerência de enfermagem.

Também foram analisados os registros contidos nos livros de ocorrências de enfermagem para maior esclarecimento dos indicadores.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Inicialmente, foram investigados os documentos que reuniam dados relativos aos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nas unidades.

Em seguida, foi aplicado um *checklist* (APÊNDICE A) elaborado pela pesquisadora e orientadora, dividido em duas etapas:

1. **Identificação e avaliação dos indicadores nos documentos do serviço:** para análise da conformidade dos indicadores registrados e suas variáveis (nome, objetivos, fórmulas para o cálculo, população, tipo, fonte de informação, método e forma para a coleta, frequência e responsável);
2. **Identificação e a análise dos boletins de Ocorrência, fichas de registro e livros de ocorrências de enfermagem:** para identificar quais indicadores de qualidade eram registrados e como era realizado o monitoramento destes.

Foram levantados os seguintes indicadores relacionados à estrutura do serviço e aos processos assistenciais do ano de 2018:

- Dimensionamento de pessoal da unidade (número de pacientes/enfermeiro; número de pacientes/técnico de enfermagem);
- Índice de rotatividade de pessoal da unidade;
- Taxa de absenteísmo da unidade;

- Incidência de perda de sonda orogástrica;
- Incidência de extubação acidental;
- Incidência de perda de Cateter Central de Inserção Periférica – PICC;
- Incidência de lesão de pele;
- Não conformidades relacionadas a administração de medicamentos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados e armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel® 2013. Para análise, utilizou-se estatística descritiva com frequência simples e percentual para os dados categóricos, e média para os dados quantitativos contínuos.

Para melhor entendimento, os resultados foram apresentados em quadros e tabelas. Os registros colhidos dos livros de ocorrências e fichas de indicadores da unidade foram tabulados e analisados conforme o tipo de indicador e condutas de melhoria após a ocorrência dos incidentes. Estes registros foram codificados com a letra R (de registro) seguida do numeral arábico conforme ordem em que foram localizados nos documentos do serviço (R1, R2, R3...).

4.6 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Trata-se de um recorte de pesquisa de maior abrangência intitulada: “Análise da relação entre o ambiente de prática profissional da enfermagem e a qualidade da assistência prestada em terapia intensiva neonatal”.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sob o protocolo nº 3.023.603 (ANEXO C).

Foi esclarecido aos enfermeiros gerentes e assistenciais do serviço que esta pesquisa atendia às normas de ética em pesquisa e que os dados colhidos sobre os indicadores seriam utilizados apenas para fins científicos.

A pesquisa seguiu todos os preceitos da Resolução 466/12, que discorre sobre a pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante os meses de abril e maio de 2019, foi realizada uma busca de informações relacionadas aos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem no CTIN. Inicialmente, foi contactada a coordenadora de enfermagem da unidade em que a coleta dos dados seria realizada. Após explanação sobre os objetivos do estudo, esta liberou a pesquisadora para reunir os dados e indicadores do serviço.

Encontrou-se que a unidade utilizava uma ficha técnica de notificação no qual eram registrados os eventos ocorridos, bem como os registros feitos nos Livros de Ocorrência de Enfermagem diariamente.

A seguir, reúnem-se os dados conforme os objetivos específicos do estudo, em tópicos separados:

5.1 DOCUMENTOS DE REGISTRO DOS INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

A unidade utiliza dois documentos referentes aos indicadores de qualidade: folha de registros “Indicador CTI” e a Ficha de Ocorrência/ Boletim de Ocorrência (BO).

A folha de registros denominada “Indicador Centro de Terapia Intensiva (CTI)” é preenchida mensalmente pela enfermeira responsável pelos indicadores de qualidade, sendo composta pelos seguintes tópicos:

- Acessos (Cateter umbilical, Dissecção, Subclávia e PICC), constando a quantidade total de acessos por dia e por mês e o motivo da perda;
- Número de pacientes/mês e pacientes/dia;
- Absenteísmo (incluindo o número de plantões cedidos, número de faltas e atestados até 3 dias);
- Taxa de Inadequação (referente ao número de plantões com quantidade inadequada de técnicos de enfermagem);
- Solicitações de Acesso Venoso Central (AVC);
- Perda de Acesso Venoso Central;
- Ventilação Mecânica Invasiva;
- Número total de Extubações; Número de Extubações Programada; Número de Extubação acidental;
- Lesão de Pele;

- Taxa de Infecção;
- Erro de Medicação;
- Número de Infecções/ Sítio de Infecção.

A Ficha de Ocorrência, conhecida na unidade como Boletim de Ocorrência (BO), é um documento que pode ser preenchido de acordo com a ocorrência do evento, por qualquer profissional que o presenciou.

Cada evento a ser notificado tem sua ficha de ocorrência específica, no total de seis (6) fichas. Sendo elas:

- Ficha de Ocorrência de Perda de Cateter Venoso Central;
- Ficha de Ocorrência – Erro de Medicação;
- Ficha de Ocorrência – Extubação Não Programada;
- Ficha de Ocorrência – Lesão de Pele;
- Ficha de Ocorrência – Quase Erro de Medicação (Near Miss)
- Ficha de Ocorrência Retirada não planejada de SOG/SOE.

Todas possuem cabeçalho contendo: Unidade; Nome do Paciente; Prontuário; Leito; Data; Horário e Profissional que identificou o problema. Seguidos de alternativas para os possíveis riscos da ocorrência do evento ou algum evento precipitante; Tópicos para descrição breve do evento; Medidas implementadas e Assinatura + Carimbo do enfermeiro.

Percebeu-se, portanto, que é rotina o levantamento dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na unidade, contemplando prioridades em segurança do paciente segundo padrões brasileiros e internacionais. Utilizam-se, para tanto, instrumentos baseados em evidência, com base nos principais tópicos de interesse no que diz respeito à auditoria de indicadores de qualidade.

5.2 INDICADORES DE QUALIDADE UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Após a análise dos documentos, foram identificados registros dos seguintes indicadores de qualidade na unidade:

1. Incidência de Lesão de Pele
2. Incidência de Erro de Medicação
3. Incidência de Quase Falha Relacionada à Administração de Medicação

4. Incidência de Extubação não Planejada de Cânula Endotraqueal
5. Incidência de Saída Não Planejada de Sonda Ora/Nasogastroenteral para Aporte Nutricional
6. Incidência de Perda de Cateter Venoso Central
7. Incidência de Perda de Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP)
8. Incidência de Flebite
9. Taxa de Absenteísmo de Profissionais de Enfermagem

O Quadro 1 reúne os indicadores segundo as variáveis de interesse do estudo: definição, tipo, fórmula. Responsável pelo registro, frequência de levantamento e observações.

Quadro 1. Indicadores de qualidade da assistência neonatal adotados na unidade segundo critérios de avaliação do checklist. Fortaleza, 2019.

| Indicador | Definição | Tipo | Fórmula | Responsável peloregistro | Frequência de levantamento | Observações |
|---|--|------------|---|--------------------------|----------------------------|---|
| Incidência de Lesão de Pele | Relação entre o número de casos novos de lesão de pele em um determinado período e o número de paciente/dia no período, multiplicado por 100. | Incidência | Incidência de lesão de pele = n° de casos novos de lesão de pele x 100 / n° de paciente / dia | Enfermeiro | Mensal | <ul style="list-style-type: none"> - Lesão de pele: toda e qualquer modificação provocada no nível do tegumento por causas físicas, químicas, animadas, imunológicas, psíquicas e mesmo desconhecido, induz à formação de alterações em sua superfície, que constituem a lesão elementar, elemento eruptivo ou eflorescência. Os mecanismos indutores podem ser de natureza circulatória, inflamatória, metabólica, degenerativa ou hiperplásica. - Considerar a ocorrência uma única vez e adquirida durante a internação. - Não considerar UP e lesões inerentes à patologia (varicela, impetigo bolhoso, doença hematológica, erisipela, entre outros). |
| Incidência de Quase Falha Relacionada à Administração de Medicação | Quase falha é todo incidente relacionado à segurança do paciente, envolvendo o processo de medicação (prescrição, dispensação, preparação e administração). É quando o evento não atinge o paciente, foi detectado antes que o medicamento fosse administrado. | Incidência | Incidência de Quase falha Relacionada à Administração de Medicação = n° de quase falha relacionadas ao processo de administração de medicação x 100 / n° de pacientes/dia | Enfermeiro | Mensal | <ul style="list-style-type: none"> - Dose divergente da prescrita; - Via de administração divergente da prescrita; - Não administração ou omissão de dose; - Tempo de infusão divergente do prescrito; - Medicamento dispensado divergente do prescrito. |
| Incidência de Extubação não Planejada de Cânula Endotraqueal | Extubação não planejada consiste na retirada acidental ou não planejada de cânula endotraqueal. | Incidência | Incidência de Extubação não Planejada de Cânula Endotraqueal = n° extubação não planejada x 100 / n° paciente intubado/dia | Enfermeiro | Mensal | <ul style="list-style-type: none"> - Extubação não planejada consiste na retirada acidental ou não planejada da cânula endotraqueal. - Retirada de cânula endotraqueal pelo profissional médico, não é considerado extubação não planejada. |

| Indicador | Definição | Tipo | Fórmula | Responsável peloregistro | Frequência de levantamento | Observações |
|---|--|------------|--|--------------------------|----------------------------|--|
| Incidência de Saída Não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral para Aporte Nutricional | Extubação não planejada consiste na retirada acidental ou não planejada de sonda oro/nasogastroenteral. | Incidência | Incidência de Saída não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral = n° de saída não planejada de sonda Oro/Nasogastroenteral x 100 / n° de paciente com sonda Oro/Nasogastroenteral /dia. | Enfermeiro | Mensal | <ul style="list-style-type: none"> - Retirada da sonda pelo próprio paciente ou acompanhante. Retirada da sonda não planejada por ocasião de manipulação ou transporte. - Saída não planejada em situações clínicas (náuseas, vômitos e tosse), excluir sonda aberta e outras finalidades que não aporte nutricional. - Obstrução e problemas relacionados ao material (rompimento, perfuração, deterioração do material, entre outros). - Retirada de sonda por problema de fixação. |
| Incidência de Perda de Cateter Venoso Central | Relação entre o número de perda de cateter venoso central e o número de pacientes com cateter venoso central, multiplicado por 100. | Incidência | Incidência de Perda de Cateter Venoso Central = n° perda de cateter venoso central x 100 / n° de pacientes com cateter venoso central | Enfermeiro | Mensal | <ul style="list-style-type: none"> - Perda acidental pelo próprio paciente: por agitação psicomotora, confusão mental, distúrbio neurológico, entre outros; - Durante a manipulação do paciente: troca de curativo, ponto solto; higienização corporal; mudança de decúbito, transporte leito-maca; realização de exames de imagem (Raio X). - O registro da ocorrência deve ser realizado imediatamente após a assistência prestada ao paciente. - Considerar os fatores de risco: agitação/confusão; manuseio de paciente; fixação inadequada (ponto solto), curativo inadequado, frequência do manuseio do cateter, obstrução do cateter (terapia medicamentosa). |
| Incidência de Perda de Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP) | Relação entre o número de perda de Cateter Central de Inserção Periférica e o número de pacientes/dia com CCIP, multiplicado por 100 | Incidência | Incidência de perda de cateter central de inserção periférica = n° de perda de cateter central de inserção periférica x 100 / n° de pacientes/dia com cateter central de inserção periférica | Enfermeiro | Mensal | <ul style="list-style-type: none"> -Considerar perda acidental decorrente de: Retirada pelo próprio paciente; - Perda do cateter por ocasião de manipulação ou transporte; - Perda do cateter por problemas relacionados ao material (rompimento, perfuração, entre outros). - Considerar fatores de risco para perda acidental de CCIP: ventilação de alta frequência, qualidade do material do cateter, manuseio inadequado, curativo inadequado, obs. |

| Indicador | Definição | Tipo | Fórmula | Responsável peloregistro | Frequência de levantamento | Observações |
|---|--|------------|---|--------------------------|----------------------------|--|
| Incidência de Flebite | Relação entre o número de casos de flebite em um determinado período e o número de pacientes-dia com acesso venoso periférico, multiplicado por 100. | Incidência | $\text{Incidência de Flebite} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de casos de flebite}}{\text{n}^\circ \text{ de pacientes / dia com acesso venoso periférico}} \times 100$ | Enfermeiro | Mensal | <ul style="list-style-type: none"> - Flebite consiste em um processo inflamatório na parede da veia, associado ao eritema, com ou sem dor, edema, endurecimento do vaso ou cordão fibroso palpável, com ou sem drenagem purulenta. - Recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar o local da inserção do cateter e a evolução dos sinais flogísticos a cada 6 horas, aplicando a Escala de Classificação de Flebite - Retirar o acesso venoso periférico imediatamente após a detecção do Grau I. |
| Taxa de Absenteísmo de Profissionais de Enfermagem | Relação porcentual entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/homem trabalhadas, multiplicado por 100 | Taxa | $\text{Taxa de Absenteísmo de Profissionais de Enfermagem} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de horas/homem ausentes}}{\text{n}^\circ \text{ de horas/homem trabalhadas}} \times 100$ | Enfermeiro | Mensal | <ul style="list-style-type: none"> - Número de horas/homem trabalhadas: É o número total de horas trabalhadas dos trabalhadores previstas para cada um no período. - Número de horas/homem ausentes: é o número mensal de horas ausentes dos trabalhadores, independente do regime de trabalho do estabelecimento de saúde dividido pelo número de horas trabalhadas. - Considerar todas as faltas, inclusive as justificadas, todas as licenças por doenças, doação de sangue, alistamento eleitoral e militar, atendimento à convocação judicial e as suspensões motivadas pela aplicação de medidas disciplinares. Não incluir férias e as licenças legais acima de 15 dias ininterruptos. |

Fonte: elaborado pela autora.

Verifica-se, no Quadro1, que a unidade dispõe de 9 formulários referentes aos indicadores de qualidade utilizados no setor, tendo como base o Manual de Indicadores de Enfermagem do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH, 2012).

O formulário apresentava a definição de cada indicador, o período de levantamento dos dados, bem como o tipo de indicador; sua fórmula de calcular; o profissional responsável pelo registro; a frequência de análise desses indicadores e suas observações. Facilitando, assim, o entendimento dos profissionais acerca de cada indicador e o que ele abrange, podendo resultar em adesão desses registros pelos mesmos e refletir na melhora da atenção no que se refere à segurança do paciente.

Constatou-se que a maioria dos indicadores era do tipo Incidência, ou seja, relacionada a casos novos de incidentes ocorridos na unidade; de frequência de levantamento mensal; que tinha como responsável pelo registro os enfermeiros assistenciais; e continham observações relevantes para o esclarecimento dos profissionais para o adequado registro e gerenciamento destes indicadores.

No que diz respeito ao indicador *Incidência de Lesão de Pele*, chamou a atenção a descrição do conceito Lesão de Pele, bem como do alerta para o enfermeiro não registrar neste indicador as lesões decorrentes da própria patologia do paciente. Ou seja, somente é considerada Lesão de Pele aquele incidente decorrente da assistência prestada.

Quanto ao indicador *Incidência de Extubação não planejada de Cânula Endotracheal*, ressalta-se ao alerta de que a retirada realizada pelo profissional médico não deve ser contabilizada nesse indicador.

Já no indicador *Incidência de Saída Não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral para Aporte Nutricional*, são considerados incidentes aqueles relacionados aos problemas com manipulação, transporte, situações clínicas, fixação, e relacionados ao material da sonda. Porém, desconsideram aqueles eventos com sonda aberta e outras finalidades que não aporte nutricional.

Um fator de destaque referente ao indicador *Incidência de Perda de Cateter Venoso Central e PICC* foi a importância da realização do registro da ocorrência ser feita imediatamente após a assistência prestada ao paciente. E devem ser considerados os seguintes fatores de risco: agitação/confusão; manuseio de paciente; fixação inadequada; curativo inadequado, frequência do manuseio do cateter e obstrução do cateter.

Referente ao indicador *Incidência de Flebite* destaca-se o uso da escala de Classificação de Flebite, e também recomenda a realização da inspeção do local da inserção

do cateter e a evolução dos sinais flogísticos a cada 6 horas, utilizando-se dessa escala. Como também a retirada do acesso venoso periférico imediatamente após a detecção do Grau 1.

Para o indicador *Taxa de Absenteísmo*, chama-se a atenção que, além de considerar as horas trabalhadas pelo profissional, também são válidas todas as faltas, inclusive as justificadas, todas as licenças por doenças, doação de sangue, alistamento eleitoral e militar, atendimento à convocação judicial e as suspensões motivadas pela aplicação de medidas disciplinares. Excluem-se somente as férias e as licenças legais acima de 15 dias ininterruptos.

Diante disso, Fioreti et al. (2016) acreditam que a incorporação de ferramentas de gestão como prática sistemática e efetiva na UTIN podem prover informações referentes ao processo de trabalho da equipe multiprofissional, permitindo a definição de estratégias de intervenção e busca de qualidade e segurança assistencial, sem desconsiderar as particularidades das organizações. Os autores também afirmam que, embora as ferramentas de gestão concebam uma estratégia promissora para melhoria do atendimento, a sua implementação e uso são frequentemente confrontados com desafios e problemas nas unidades de saúde.

Outros autores também concordam que o uso de indicadores são instrumentos valiosos para o auxílio dos hospitais na identificação de áreas que precisam ser mais avaliadas, com foco voltado à melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (OLIVEIRA et al., 2017).

Com isso, acredita-se que o uso desses indicadores na UTIN possa oferecer melhores resultados, contribuir para a gestão de enfermagem na identificação desses possíveis eventos adversos, colaborar no planejamento de ações da unidade, resultando, assim, em um ambiente de trabalho com qualidade, segurança e eficácia.

A Tabela 1, a seguir, reúne os resultados mensais dos indicadores de estrutura adotados na unidade.

Tabela 1 – Resultados mensais de frequência e médias dos indicadores de estrutura adotados no CTI, em 2018. Fortaleza, 2019.

| INDICADORES DE QUALIDADE | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------|-------------------------|
| Mês/2018 | Pacientes/mês | Número de faltas | Taxa de absenteísmo | Inadequação | Profissional 24h |
| Janeiro | 25 | 37 | 7 | 15 | 21 |
| Fevereiro | 10 | 25 | 8 | 14 | 11 |
| Março | 20 | 38 | 13 | 1 | 9 |
| Abril | 20 | 35 | 12 | 2 | 6 |
| Mai | 22 | 29 | 6 | 13 | 9 |
| Junho | 27 | 31 | 10 | 10 | 12 |
| Julho | 23 | 15 | 10 | 8 | 7 |
| Agosto | 21 | 9 | 2 | 31 | 0 |
| Setembro | 20 | 11 | 4 | 6 | 13 |
| Outubro | 31 | 0 | 6 | 6 | 11 |
| Novembro | 19 | 0 | 4 | 19 | 5 |
| Dezembro | 24 | 0 | 4 | 11 | 0 |
| Média | 21,8 | 19,1 | 7,1 | 11,3 | 8,6 |

Fonte elaborada pela autora.

Na unidade em análise, os indicadores de estrutura utilizados são aqueles relacionados aos recursos humanos e ao volume de pacientes atendidos/taxa de ocupação, apenas.

Percebe-se que a média da Taxa de Absenteísmo de 7,1% encontra-se alta se comparada à preconizada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN nº 543/2017, que estabelece a média mensal de 6,7% para ausências não previstas (COFEN, 2017).

Este achado pode estar relacionado ao número de faltas/mês, que obteve uma média de 19,1 ausências; ou seja, em média, 19 profissionais faltaram ao trabalho por mês, verificando-se maior ocorrência no mês de Março.

Ferro et al. (2018) definem absenteísmo como o não comparecimento ao trabalho pelo funcionário previamente escalado para trabalhar, podendo ser por motivos particulares ou quando o trabalhador não tem condições de comparecer. De acordo com os registros analisados, essas faltas seriam decorrência de problemas de saúde como também problemas com familiares.

Estudos realizados destacam que os conflitos não resolvidos no trabalho podem ser prejudiciais aos pacientes, pois aumentam as chances de erros nas intervenções e prejudicam o cuidado, além de serem prejudiciais à saúde do profissional causando estresse, raiva e frustração. Também mostram que a falta de comprometimento dos profissionais é um fator desestimulador para os outros trabalhadores engajados no cuidado, sendo este um fator de grande influência para a presença ou ausência de satisfação e/ou prazer no trabalho. A carência de recursos humanos também foi manifestada como um fator limitante no trabalho, principalmente em unidades de terapia intensiva. Os tipos de carga a que os profissionais são expostos, como o peso que precisam levantar, à qualidade do sono, à permanência em pé, ao número de horas trabalhadas, à iluminação no ambiente de trabalho e os fatores estressantes vivenciados com pacientes, também foram citados por esses autores (RODRIGUES et al. 2016; GALINDO et al., 2017; SILVA; HOFFMANN; ZACARON, 2018).

Quanto à equipe presente nos plantões, verifica-se uma média mensal de 8 profissionais que estiveram trabalhando por 24 horas ininterruptas, o que significa que esses profissionais tiveram que dobrar o plantão na unidade. Não foi possível identificar o motivo desses plantões dobrados devido à falta de registro nos instrumentos analisados.

No entanto, percebe-se que a equipe de enfermagem representa a maior força de trabalho presente nas instituições, porém, durante a realização da assistência, existem limitações quanto ao número de trabalhadores e recursos materiais disponíveis, afetando assim a qualidade do serviço (CARVALHO et al., 2017).

Autores asseguram que isso pode ser reflexo de uma série de fatores tais como: a baixa remuneração salarial, extensa jornada de trabalho, problemas nas relações interpessoais (entre os membros da equipe e coordenadores de enfermagem), a forma como estes profissionais são coagidos em seu exercício, entre outros, que tem gerado consequências, como a falta de motivação para o trabalho (COSTA; SANT'ANA, 2017).

Eles afirmam, ainda, que os profissionais que continuam atuantes enfrentam a sobrecarga de trabalho para compensar a ausência de um membro da equipe, uma vez que os procedimentos antes realizados por ele não podem ser suspensos. Isto pode resultar em cansaço físico e emocional, adoecimento, diminuição da qualidade da assistência, gerando incidentes e mesmo a insatisfação no trabalho (COSTA; SANT'ANA, 2017).

Durante a realização das diversas atividades assistenciais, os profissionais de saúde acabam predispostos a possíveis erros, omissão de cuidados ou procedimentos, diversas interrupções, afetando assim a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

No Brasil, as razões da omissão mais citadas são: a quantidade de pacientes; a gravidade do paciente; o número inadequado de pessoal para a assistência; as tarefas administrativas; os materiais/equipamentos não disponíveis quando necessário; as situações de urgência dos pacientes e os medicamentos não disponíveis quando necessários. Uma pesquisa observou que profissionais de enfermagem de duas unidades de terapia intensiva sofreram 46,8 % de interrupções de 739 atividades observadas em 99 horas, comprometendo 9,42% do tempo de trabalho. Essas interrupções podem provocar diversas falhas cognitivas afetando a concentração e contribuindo para que os profissionais esqueçam o que estavam fazendo, aumentando a probabilidade de cometer erros. As consequências dessas falhas geram atraso na assistência, perda da concentração, trabalho incompleto, omissão do cuidado, aumento no risco de erros e exposição do paciente a erros (PRATES; SILVA, 2016).

Referente à média de inadequação de pessoal, a qual está relacionada à redução de número de técnicos de enfermagem estabelecidos pela unidade em cada plantão, percebe-se pelo menos 11 plantões/mês com o número de técnicos insuficiente, visto que o preconizado na unidade é o mínimo de 6 técnicos por plantão.

Nessa perspectiva, as relações entre as condições de trabalho e a qualidade de vida dos profissionais pediátricos mostram-se prejudicadas. Elas são evidenciadas pelo número de plantões duplicados, pela inadequação do número de profissionais e pela taxa de absenteísmo, tudo isso acarretando no aumento dos níveis de estresse, na sobrecarga de trabalho, na qualidade dos serviços prestados, como também no aumento da ocorrência de eventos adversos.

Autores já constataram a relação entre o mau dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem e erros de assistência, aumento do tempo de hospitalização e de custos. Além destes, identificaram diversas atividades atribuídas ao profissional de enfermagem como fatores desencadeantes desses eventos. Eles mencionam, também, que um dos problemas latentes no cotidiano da gerência é a capacidade de mensurar a carga de trabalho e a identificação se o mínimo de profissionais de enfermagem está proporcional à demanda de serviço (LUNA et al., 2017).

Em outro estudo os dados são os mesmos. Autores mostraram, através de relatos de profissionais, que o mais irritante no trabalho, além da falta de material, é a falta de cooperação dos colegas de trabalho, deixando de executar as tarefas de forma adequada, ocasionando a sobrecarga em outros funcionários. Também apontaram o baixo quantitativo de profissionais e disposição de material insatisfatório, que mostrou influencia no desempenho do trabalho dos profissionais, aumentando o tempo de realização de

procedimentos, podendo acarretar na não realização dos mesmos por falta de condições para realizá-los (FRANCISCONE; PEREIRA, 2015).

Sabendo que os componentes estruturais da assistência à saúde podem refletir diretamente na qualidade do cuidado prestado, faz-se necessário que os indicadores de estrutura sejam relacionados aos indicadores de processo, para o monitoramento das boas práticas. A Tabela 2 reúne os indicadores de processo relacionados a acessos vasculares.

Tabela 2 – Resultados mensais de frequência e médias dos indicadores de processo relacionados a acessos vasculares adotados no CTIN, em 2018. Fortaleza, 2019.

| INDICADORES DE PROCESSO | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|------------|-------------|------------|------------------|
| Mês/2018 | Cateter Umbilical/Dia | Cateter Umbilical/perdas | Dissecção/Dia | Dissecção/Perdas | Subclávia/dia | Subclávia/Perdas | PICC/dia | PICC/perdas | Perda AVC | Total acesso/mês |
| Janeiro | 32 | 0 | 53 | 1 | 18 | 0 | 190 | 1 | 4 | 16 |
| Fevereiro | 1 | 0 | 15 | 0 | 5 | 0 | 163 | 5 | 7 | 8 |
| Março | 28 | 0 | 35 | 0 | 9 | 0 | 113 | 1 | 1 | 12 |
| Abril | 28 | 0 | 27 | 0 | 30 | 0 | 181 | 0 | 0 | 16 |
| Maiο | 3 | 0 | 47 | 0 | 10 | 0 | 94 | 0 | 3 | 13 |
| Junho | 9 | 0 | 27 | 0 | 8 | 0 | 217 | 0 | 1 | 17 |
| Julho | 17 | 0 | 21 | 2 | 13 | 0 | 156 | 9 | 11 | 18 |
| Agosto | 20 | 0 | 66 | 2 | 8 | 0 | 167 | 1 | 3 | 23 |
| Setembro | 11 | 0 | 55 | 0 | 5 | 0 | 188 | 4 | 4 | 18 |
| Outubro | 16 | 0 | 13 | 0 | 32 | 0 | 228 | 0 | 5 | 28 |
| Novembro | 5 | 0 | 24 | 0 | 11 | 0 | 191 | 0 | 4 | 19 |
| Dezembro | 14 | 0 | 31 | 0 | 2 | 0 | 140 | 0 | 0 | 14 |
| Média | 15,3 | 0 | 34,5 | 0,4 | 12,5 | 0 | 169 | 1,75 | 3,5 | 16,8 |

Fonte: elaborada pela autora.

Analisando a Tabela 2, os tipos de acessos vasculares mais utilizados foram o PICC, o Cateter Venoso Central por Punção Direta (CVCP), a Dissecção Venosa (DV) e o Cateter Venoso Umbilical (CVU). Os dados da tabela mostram a predominância do uso do PICC, tendo uma média de 169 punções/mês. Seguido da dissecção, com média de 34,5/mês e do cateter umbilical 15,3/mês.

Em outro estudo, comparando os achados, também prevaleceu o uso do PICC, em que se verificou que 50% dos neonatos utilizaram deste tipo de cateter no período de coleta de dados (PRADO et al., 2018).

Fialho et al. (2019) justificando esta maior incidência, afirmando que o PICC é um dispositivo que pode ser inserido facilmente à beira do leito, raramente causa dor e impede as múltiplas tentativas de punção; o número de infecção e outras complicações decorrentes do seu uso é menor em comparação com outros cateteres centrais.

Lui et al. (2018) acrescentam que o PICC tem sido reconhecido como técnica de primeira escolha pela alta taxa de inserções bem ocorridas e baixo índice de perda por complicações. Asseguram, também, que este dispositivo possui diversos benefícios, entre eles: a diminuição do número de punções e a redução da dor e estresse causados pela realização de procedimentos invasivos; a diminuição do risco de infecção quando comparado a outros tipos de cateteres centrais; e a conservação do tratamento por períodos extensos.

Prado et al. (2018) expõem que, além disso, a terapia endovenosa por meio de um acesso seguro é fundamental para conservar as condições de vida dos neonatos que estão em cuidados intensivos, e a ocorrência de eventos adversos pode ocasionar consequências graves e irreversíveis, devido a imaturidade dos bebês. Ademais, a identificação desses fatores possibilita que o enfermeiro implemente estratégias visando à melhora da prática assistencial a fim de diminuir a frequência da perda de PICC nessa população.

Deste modo, ratifica-se, com o presente estudo, o grande número de acessos instalados na unidade serem do tipo PICC.

Esses autores também afirmam que o PICC não está isento de complicações e requer informações e habilidades técnicas específicas para sua inserção e manutenção, a fim de evitar possíveis eventos adversos (PRADO et al., 2018).

Uma dessas complicações pode-se considerar a perda do PICC. Observando a tabela 2, pode-se confirmar a média de perda de PICC por mês na unidade igual a 1,75; tendo sua maior incidência no mês de julho. Considera-se esta uma média baixa se comparada ao número de acessos por dia.

Como também o fato da instituição possuir um time de terapia intravenosa composta por enfermeiros especializados na implantação e manutenção do PICC, que desempenham uma prática baseada em evidências, a qual contribui para o alcance de resultados favoráveis na qualidade da assistência.

Em estudo realizado com 108 neonatos, observou-se tal evento em 41,66% dos pacientes. E as complicações de maior frequência para a remoção do cateter foram: infiltração (12,03%), tração acidental (11,11%) e ruptura externa (9,25%). Se comparado com o atual estudo, a incidência de perda de PICC foi bem menor na unidade estudada (PRADO et al., 2018).

Costa et al. (2015) apontam que alguns estudos identificaram como possíveis fatores de risco para essa remoção não eletiva a inserção do cateter através de veias femorais, tempo de inserção superior a 60 minutos e posição não central da ponta do cateter.

No que se refere a dissecação venosa (DV), autores afirmam que alguns cateteres venosos centrais são inseridos por procedimento cirúrgico como o citado, porém apresenta maior risco de infecção quando comparado aos outros tipos de cateteres (COSTA; SILVA, 2018).

Porém, percebe-se que, na unidade, o uso da DV encontra-se como a segunda opção com média de 34,5/mês.

Esses autores também citam que a infecção é associada ao CVC se existir um dispositivo presente no momento do diagnóstico ou até 48 horas após sua remoção. Apesar de serem dispositivos fundamentais no âmbito das UTIN, as vantagens causadas pelo uso dos CVC se contrapõem às complicações que podem proceder de seu uso. Os CVC sobressaem-se como a principal causa de infecção primária da corrente sanguínea em neonatos internados em UTIN (COSTA; SILVA, 2018).

Outros autores também citam que a dissecação, as lesões de pele e a submissão a um novo procedimento invasivo podem levar à infecção hospitalar, avaliada como uma das causas mais comuns de mortalidade neonatal (LANZILLOTTI et al, 2018).

Já em relação ao uso do cateter umbilical, autores relatam que este é introduzido pela veia umbilical, seguindo em direção ao ramo esquerdo da veia porta, continuando para o ducto venoso e por fim na porção cefálica da veia cava inferior, próximo à sua entrada no átrio direito. Acrescentam que devem ser substituídos após 5 a 7 dias por cateteres centrais de inserção periférica, objetivando a diminuição dos riscos das complicações, como a infecção (RAEDER; DOMINGUEZ, 2016).

Na Tabela 2, percebe-se que esse tipo de cateter é a terceira opção mais utilizada na unidade, com média de 15,3/mês. No entanto, não houve registro de perdas desses cateteres, o que pode sugerir subnotificação.

Mesmo diante dos resultados satisfatórios, ainda é possível perceber que alguns neonatos que dependem de dispositivos para terapia intravenosa ainda sofrem incidentes de segurança relacionados a esses cuidados. Além disso, outros incidentes são monitorados através de indicadores de qualidade.

A Tabela 3 reúne os valores relacionados aos eventos adversos registrados no CTIN em 2018.

Tabela 3 – Resultados mensais de frequência e médias de eventos adversos registrados no CTIN, em 2018. Fortaleza, 2019.

| Mês/2018 | EVENTOS ADVERSOS | | | | | | | |
|------------------|------------------|---------------------|---------------|------------------|-------------------|------------|--------------|------------------|
| | Extubação | Extubação acidental | Lesão de pele | Taxa de Infecção | Erro de Medicação | Quase erro | Nº inf/sítio | Perda de SOE/SOG |
| Janeiro | 19 | 6 | 3 | 12,0% | 0 | 0 | 3 | 0 |
| Fevereiro | 9 | 3 | 0 | 60,0% | 0 | 0 | 6 | 0 |
| Março | 12 | 3 | 3 | 25,0% | 1 | 0 | 4 | 0 |
| Abril | 17 | 5 | 1 | 45,0% | 4 | 0 | 9 | 0 |
| Mai | 31 | 8 | 2 | 22,7% | 2 | 0 | 5 | 1 |
| Junho | 29 | 8 | 0 | 25,9% | 0 | 0 | 7 | 0 |
| Julho | 14 | 6 | 0 | 34,8% | 0 | 0 | 8 | 1 |
| Agosto | 24 | 8 | 0 | 23,8% | 6 | 2 | 5 | 1 |
| Setembro | 15 | 3 | 3 | 40,0% | 6 | 0 | 8 | 0 |
| Outubro | 18 | 5 | 4 | 16,1% | 2 | 1 | 5 | 0 |
| Novembro | 13 | 6 | 0 | 31,6% | 2 | 0 | 6 | 0 |
| Dezembro | 17 | 3 | 3 | 29,2% | 0 | 0 | 7 | 0 |
| Média | 18,1 | 5,3 | 1,5 | 31,0% | 1,9 | 0,25 | 6,0 | 0,25 |

Fonte: elaborado pela autora.

Ao analisar a Tabela 3, verifica-se que os principais indicadores de processo da unidade são: extubação; extubação acidental; lesão de pele, infecção, erro de medicação, quase erro de medicação; número de infecção/sítios de infecção e perda de sonda SOE/SOG.

Percebe-se que o processo de extubação por alta ou por melhora na unidade tem uma média de 18,1/mês, procedimento realizado, na maioria das vezes, sem intercorrências ou eventos adversos.

Devido toda a condição clínica do neonato, um dos recursos utilizados nas UTIN é a ventilação mecânica (VM). No entanto, esse suporte pode desencadear alguns riscos a essa clientela, como broncodisplasia, pneumonia nosocomial, pneumotórax, trauma de vias aéreas superiores e outras patologias pulmonares. Com isso, para minimizar os efeitos adversos da VM, deve-se cessar, o mais breve possível, respeitando as condições do neonato. Portanto, o desmame da VM deve ocorrer logo que o paciente possa proteger as vias aéreas, sustendo a ventilação pulmonar e conservando as trocas gasosas normais, iniciando, assim, o protocolo de extubação do neonato (COSTA; LOBATO; GUIMARAES, 2018).

Diante dos diversos eventos adversos já apresentados, destaca-se a Extubação Acidental (EA), que significa a retirada prematura, não planejada e não intencional do dispositivo ventilatório durante o período de internação do paciente. A mesma pode ser ocasionada por ato do paciente (autoextubação), em casos de agitação psicomotora, sedação inadequada ou alteração neurológica; má fixação e/ou tracionamento do tubo endotraqueal; esvaziamento do cuff, ou, ainda, durante a manipulação do paciente pela equipe (PONTES; GARDENGHI; CAPUCHO, 2018).

Na unidade em estudo, observa-se então a ocorrência com média de 5,3 extubações acidentais por mês; com um número total de 12 pacientes por dia. A ocorrência se encontra mediana e se confirma se comparada com estudo no qual 17% dos eventos adversos ocorridos eram referentes a extubação não programada (SOUSA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Autores afirmam que o tratamento medicamentoso é responsável pela maior parte dos erros advindos da prestação da assistência à saúde, sendo que os erros de medicação são mais frequentes e mais graves quando envolvem os pacientes neonatais, se comparados aos pacientes adultos (GAÍVA; SOUZA, 2018). Já no presente estudo a média foi de 1,9 eventos/mês, o que pode significar o subregistro dos casos pelos profissionais.

O achado difere, também, do resultado encontrado em outro estudo que mostra os erros relacionados a medicação como os de maior frequência, com 29,6% dos casos (SOUSA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Avaliando o EA lesão de pele, percebe-se na unidade a maior ocorrência nos mês de outubro, com 4 casos registrados, e uma média de 1,5/mês.

Autores relatam que aproximadamente 80% da morbidade e mortalidade dos neonatos estão interligadas a traumas ou alterações da função normal da pele, como decorrência de sua prematuridade funcional integrada ao manejo inapropriado dos profissionais durante o período de internação. Eles mostram, ainda, que, de 104 neonatos, 40,4% apresentaram lesões. As lesões mais frequentes foram dermatite de fralda (22,5%), edema (22,5%), eritema (19,7%) e infiltração (18,3%), seguidas de equimose (7%) e descamação (5,6%) (FARIA; KAMADA, 2018).

5.3 ANÁLISE DA OCORRÊNCIA E DA CONFORMIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE OS INDICADORES DE QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

A análise dos boletins de ocorrência no ano de 2018 no CTIN permitiu identificar 72 registros de enfermagem referentes aos indicadores de qualidade da assistência. Na Tabela 4, pode-se identificar o total de registros segundo cada indicador de qualidade.

Tabela 4 – Resultados mensais do número de registros dos indicadores de qualidade adotados no CTI, em 2018. Fortaleza, 2019. (n=72)

| Mês | Perda de cateter venoso central | Extubação não programada | Erro de medicação | Quase erro de medicação | Retirada não planejada de SOG/SOE | Lesão de pele |
|--------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------------------|---------------|
| Janeiro | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fevereiro | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Março | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Abril | 0 | 2 | 3 | 0 | 1 | 1 |
| Maio | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Junho | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Julho | 3 | 6 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Agosto | 2 | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Setembro | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Outubro | 5 | 3 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Novembro | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Dezembro | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total | 24 | 29 | 10 | 1 | 2 | 6 |

Fonte: elaborada pela autora.

Dos 72 registros nos boletins de ocorrência analisados, a maior parte era referente à extubação não programada e à perda de cateter venoso central (40,2% e 33,3%, respectivamente). Ressaltam-se que foram encontrados poucos registros de eventos relacionados a erros de medicação, lesão de pele e retirada não planejada de SOG/SOE.

Autores citam a investigação como forma de caracterizar os EA, uma medida que fornece informações para o entendimento dos danos ocasionados e direciona as mudanças necessárias para práticas assistenciais mais seguras, com qualidade e na organização de protocolos. Recomendam, então, propor soluções e avaliá-las continuamente por meio de ações de monitoramento (SOUSA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Afirmam, ainda, que a notificação dos registros na UTI deve ser de forma clara e precisa, garantindo avanço nas ações deste setor. Este processo poderá ser por meio de sistemas de vigilância, prontuário e outros registros que auxiliem a consulta e a análise. Salienta-se que a subnotificação é um importante agravante para a análise dos EA. Além do registro em livros e prontuários, o emprego de instrumentos de notificações é indispensável (SOUSA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Observa-se, então, um ponto positivo na unidade, pois esta utiliza-se de um instrumento diretamente relacionado ao registro desses EA, em que qualquer profissional que tenha presenciado ou causado, tenha livre acesso a fazer tal registro.

Quanto à categoria profissional responsável pelas notificações, observou-se que a maioria dos registros foi realizada por enfermeiros e técnicos de enfermagem. Ademais, cabe destacar que foi encontrado registro de médicos e fisioterapeutas.

Porém, ao analisar esses registros qualitativamente, percebeu-se algumas vezes a falta de detalhes do ocorrido, bem como suas causas, principalmente no que se refere à conduta tomada, ou ausência de informações sobre ações de melhoria implementadas.

Autores citam a falta de comunicação dos incidentes como as principais causas de erros relacionados à saúde. Pois, verificando esses registros, é possível identificar e planejar ações diretamente relacionadas ao erro, a fim de diminuir a ocorrência dos mesmos (SOUSA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Tendo em vista esses registros, se comparados com os registros de ocorrência de EA, encontram-se em consonância, pois em ambos se sobressaem a ocorrência de extubação não programada.

Verificam-se também poucos registros referentes ao erro de medicação, como o total de 10 registros no ano de 2018. Onde se supõe a subnotificação dos casos, como também a falta de comunicação dos incidentes.

A seguir, o Quadro 2 apresenta os registros de enfermagem identificados segundo tipo de indicador e condutas ou medidas adotadas após a ocorrência dos incidentes.

Quadro 2. Distribuição dos registros de enfermagem nos boletins de ocorrência e condutas/medidas adotadas. Fortaleza, CE, 2018.

| Indicador | Registro de enfermagem | Conduta/medida adotada |
|--------------------------|---|------------------------|
| Erro de medicação | <i>R1: Medicação aprazada para 03 da manhã, não foi checado nem colocado no balanço hídrico (dose do dia 14/03 às 03h).</i> | Não houve registro |
| | <i>R2: Vancomicina prescrita de 24/24h e aprazada p 09/17/01 e administrados. Meropenem prescrito de 12/12h, aprazado para 10/18/02 e administrados.</i> | Não houve registro |
| | <i>R3: Meropenem reconstituído dia 11/04/2018 às 16:00 validade até 13/04/2018 às 16:00. Encontrei o frasco do medicamento vencido dentro da caixa dos ATBS na geladeira, mais uma vez não havia outro frasco, novamente tive a impressão de ter sido usado no dia 13/04 às 16 e 24h (conforme prescrição medica) já vencido.</i> | Não houve registro |
| | <i>R4: Encontrei o frasco do medicamento vencido dentro da caixa na geladeira, não havia outro frasco, dando a impressão de ter sido usado nos dias 10/11 e 12 /04/2018 visto que é reconstituído com 20 ml de AD, totalizando o uso de 06 doses vencidas. DIAS: 10/04 – 22 E 6 (VENCEU ÀS 16H); 11/04 – 14, 22, 6 (JÁ VENCIDO) e 12/04- 14h (já vencido). Pergunto será que não estão seguindo o protocolo de medicação segura?</i> | Não houve registro |
| | <i>R5: Medicamento prescrito de 48/48h e antes de sair a prescrição do dia, foi feito pela prescrição anterior e a técnica não viu que estava de 48/48h</i> | Não houve registro |
| | <i>R6: As Npi's foram trocadas. A do paciente x foi para o paciente y e vice versa.</i> | Não houve registro |
| | <i>R7: As Npi's foram trocadas. A do paciente x foi para o paciente y e vice versa.</i> | Não houve registro |
| | <i>R8: Antes de instalar a parenteral a enfermeira alerta para o calculo de gotejamento exagerada, considerando que se tratava de RNPT pesando 1 kg, estava prescrito 10ml/h.</i> | Não houve registro |
| | <i>R9: NPT do paciente RNx foi instalado no paciente RNy</i> | Não houve registro |
| | <i>R10: NPT do paciente RNy foi instalado no paciente RNx</i> | Não houve registro |
| | <i>R11: Paciente com fenobarbital prescrito para 5H da manha e a médica viu que não havia sido feito e RN sem AVP.</i> | Não houve registro |
| | <i>R12: Medicamento (vit K) prescrito para ser feito 1X/semana e foi aprazado dia 06/11 também e administrado.</i> | Não houve registro |

| Indicador | Registro de enfermagem | Conduta/medida adotada |
|--|--|---------------------------|
| Perda de Cateter Venoso Central | <i>R13: Apresentou vazamento na inserção do cateter, balão rompido.</i> | Não houve registro |
| | <i>R14: Ao iniciar o manuseio das 18hrs, a técnica detectou a exteriorização total do cateter.</i> | Não houve registro |
| | <i>R15: Técnica detectou que os panos do colchão e do “útero” encontravam-se totalmente embebidos pela medicação que estava sendo infundida (bomba diurética). Em seguida, juntamente com a tec. Verificaram que o ponto do coletor estava fora da inserção, além da fixação (gaze+micropore) úmida e despregada da pele. Ressalto que parte do trajeto do cateter estava solto nas gazes.</i> | Não houve registro |
| | <i>R16: Ao manusear o paciente foi observado que o PICC estava exteriorizado. Curativo “solto”.</i> | Não houve registro |
| | <i>R17: Bomba de infusão alarmou “oclusão”, tentado lavar o dreno, porem balonete apresentou enchimento. Ao tentar manobras de desobstrução o balonete estourou.</i> | Retirado PICC |
| | <i>R18: Detectado PICC partido. Curativo fixo no lugar sangrante MMII livre, descobertos.</i> | Não houve registro |
| | <i>R19: Foi comunicado pelo técnico que ao fazer a dose de furosemida, em seguida o flash, verificou que rompeu-se o balão, extravasando liquido, caracterizando a perda do dispositivo.</i> | Não houve registro |
| | <i>R20: Curativo solto, PICC fora da criança intacto.</i> | Não houve registro |
| | <i>R21: Fui comunicada pela técnica que o cateter do paciente apresentava resistência desde o inicio do plantão e já tendo sido realizado manobras em outros horários. Às 05:15 por varias tentativas , não conseguimos a permeabilidade do dispositivo.</i> | Não houve registro |
| | <i>R22: Feito medicação e após lavar com seringa o balão furou.</i> | Não houve registro |
| | <i>R23: Na hora em que se foi realizar a medicação, observou-se um vazamento no balão do PICC.</i> | Não houve registros |
| | <i>R24: No momento do manuseio observado, vazamento no balão do cateter.</i> | Retirado e puncionado AVP |
| | <i>R42: Perdeu AVC jugular</i> | Passado PICC temporal D |
| | <i>R25: Lactente admitido 15hrs vindo do centro cirúrgico após procedimento para dissecação venosa. Ao chegar na unidade, foi renovado o curativo. Após uns 40 min foi instalada a hidratação venosa, porém percebi que o cateter encontrava-se fora da veia safena. A sutura foi realizada nos bordos a incisão. Questiono-me se a fixação foi, digo, estava em conformidade.</i> | Não houve registros |

| | Registro de enfermagem | Conduta/medida adotada |
|--|--|--|
| Perda de Cateter Venoso Central | <i>R26: Durante o banho da criança observou-se a saída do PICC, o curativo estava bem aderido, apenas o PICC saiu.</i> | Não houve registros |
| | <i>R27: Discorrente do uso da Fenitoína e fenobarbital, cristais tornando o mesmo resistente e hoje verificou-se que a sedação estava molhando os locais Balão rompido (?)</i> | Não houve registros |
| | <i>R28: Identificado vazamento na região do Óstio do PICC.</i> | Não houve registros |
| | <i>R29: Há 3 dias atrás foi identificado pontos do AVC solto, comunicado ao plantonista, renovado curativo e fixado com curativo, hoje o curativo estava solto, ao realizar o curativo, observou-se o AVC exteriorizado.</i> | Renovado curativo e fixado com curativo. |
| | <i>R30: Observado curativo molhado e solto com PICC exteriorizado.</i> | Não houve registros |
| | <i>R31: Perfuração do balão de segurança do PICC. Até o momento sem relato de tentativa anterior de desobstrução.</i> | Não houve registros |
| | <i>R32: RN agitado + má qualidade da película (bordas despregando + bolha de ar no centro da película)</i> | Aguardando raio X para checar posicionamento → retirado PICC – estava fora |
| | <i>R33: Administração de Hidantal em BIC- em uma urgência – tentado desobstruir – sem êxito</i> | Passado em 13/11 – hoje – 12D. |
| | Extubação Não Programada | <i>R34: Paciente apresentou cianose e hipossaturação.</i> |
| <i>R35: Lactente apresentando episódio de hipossaturação, menor que 60, aspirado VAS e TOT sem melhoras do quadro clínico, retirado TOT, observado rolha hematúria</i> | | Reintubado com TOT nº3,5 e reinstalado suporte ventilatório. |
| <i>R36: Hipossaturando, cianose e agitação.</i> | | Instalado CPAP nasal, após novo Fio2: 40% |
| <i>R37: Durante o atendimento da fisioterapia foi detectado desconforto do paciente sem melhora com manobras.</i> | | Reintubado |

| | | |
|---|---|--|
| Extubação Não Programada | | |
| | <i>R38: RN apresentou hipossaturação sem melhoras com ambur, tórax não expandiu.</i> | Retirado TOT (rolha evidenciada), trocado TOT. Reintubado as 21hrs. |
| | <i>R39: Agitação, dor, “epidermólise bolhosa”.</i> | Reintubado – uso de cavilon + hidrocolóide, aumento sedação. |
| | <i>R40: Paciente se agitou hipossaturou, TOT se deslocou.</i> | Reintubação, aspirar TOT e VAS, fixação de TOT. |
| | <i>R41: Hipossaturação, sem expansão pulmonar, ao retirar o TOT identificado rolha.</i> | Instalado CPAP de bolhas. |
| | <i>R42: Observado Paciente chorando, com episódio de hipossaturação.</i> | Reintubado com TOT nº3,5 fixado 9cm. |
| | <i>R43: Téc. de enfermagem identificou choro do RN durante realização de aerossol.</i> | Retirado TOT, realizado aerossol, deixado RN em ar ambiente. |
| | <i>R44: Observado Paciente agitado, com episódio de hipossaturação (menor 80), sem expansão torácica, cianose de extremidade.</i> | Reintubado com TOT nº 2, 5 fixado com 10cm e ajustado parâmetros ventilatório. |
| | <i>R45: RN apresentou episódio de hipossaturação e cianose, extubou-se acidental.</i> | Instalado CPAP nasal VNI com Fio2 40% problemas com fixação. Tentando uma nova modalidade. |
| | <i>R46: Ao iniciar troca de SOG detectado choro audível, comunicado a plantonista.</i> | Instalado VNI (CPAP). |
| <i>R47: Paciente hipossaturando aspirado rolhas hemáticas muitas. Expansão ausente.</i> | Trocado TOT que evidenciou grande rolha hemática que estava obstruindo a passagem | |

| | | |
|---|---|--|
| Extubação Não Programada | | de ar. |
| | <i>R48: Durante a realização do PICC RN apresentou choro, entubado, tubo com rolha.</i> | Trocado tubo pela plantonista |
| | <i>R49: Observado choro audível ao manuseio do paciente</i> | Realizado aerosol com adrenalina e instalado oxi-hood Fio2 40% |
| | <i>R50: Durante o transporte do RN, ao US observou-se cianose, hipossaturação, ausência de expansão torácica</i> | Reintubação TOT – nº 3,0 fixo: 7,5 cm. |
| | <i>R51: O fisioterapeuta estava atendendo a criança e observou que a criança estava extubada, a fixação do TOT estava bem aderido, porém, o peso do circuito puxou o TOT e o deslocou.</i> | Não houve registros |
| | <i>R52: RN aspirado pela manha, apresentando secreção sanguinolenta, comunicado a médico porem apresentou queda de saturação e bradicardia, sem mucosa com VPP,após retirar o TOT ainda havia rolha de aprox. 8 cm.</i> | Reintubado |
| | <i>R53: RN apresentou hipossaturação no monitor, verificado. Extubação audível, problemas na fixação do TOT.</i> | Reintubação com TOT nº 3,5 fixado em 9 cm e ajustado parâmetros da VM. |
| | <i>R54: RN com episódio de hipossaturação ao monitor, e cianose de extremidades no momento do manuseio e troca de fixação na cânula, observado deslocado o TOT</i> | Reintubado com TOT nº 3,5, fixado 9,5 cm e ajustado VM. |
| | <i>R55: O paciente estava sem sedação, agitado, foi realizado bolus de fentanil antes do procedimento PICC, Após o procedimento observou que a criança havia furado o TOT.</i> | Não houve registros |
| | <i>R56: RN apresentou agitação e deslocou o tubo orotraqueal estava fixado 8 cm.</i> | Reintubado com TOT nº 3,5, fixado 9,5 cm. |
| <i>R57: RN apresentou cianose hipossaturação, perfusão periférica prejudicada, dispneico.</i> | Realizado aspiração VAS e TOT, sem êxito, reintubado com TOT nº 3,0 e fixado 8,5 cm, instalado VM.com FIO2 40%, observado rolha hemâtria no trajeto do TOT. | |

| | Registro de enfermagem | Conduta/medida adotada |
|--|---|--|
| Extubação Não Programada | <i>R58: Hiperssecutivo, agitado</i> | Aspirado, instalado HOOD. |
| | <i>R59: ↑ Agitação – contido → ↓SAT. → extubado</i> | Reintubado |
| | <i>R60: Ao retornar de exame, criança reinstalada em VM, quando devido peso da conversão, respirador começou a hipossaturação + cianose</i> | Reintubado, feito BO |
| | <i>R61: Lactante apresentou episódio de hipossaturação ↓80, e cianose de extremidades. Após retirar o anterior (TOT) observado rolha hemátria no trajeto.</i> | Reitubação com TOT nº3,5 fixado 7,0cm e. ajustado parâmetros VM |
| Retirada Não Planejada de SOG/SOE | <i>R62: Ao ser colocada dieta observou que não progredia então foi observado obstrução da sonda.</i> | Retirada a sonda porem foi inserida uma sonda orogástrica ate amanhã para ser providenciado outra enteral em falta no momento. |
| | <i>R63: Cliente agitado, contido, mesmo assim conseguiu arrancar a sonda, estava com baixa sedação porque estava sendo programada a extubação.</i> | Passada SOG |
| Lesão de Pele | <i>R64: Apesar do revezamento o RN apresentou queimadura por NPT no MIE.</i> | Colocado compressa de BIC, aguardando prescrição médica. |
| | <i>R65: RN sem AVC, grave, solicitado pelo médico a instalação de bicarbonato no periférico e observar, porém apresentou queimadura em MSE.</i> | Não houve registros |
| | <i>R66: Observado lesão em região occipital (placa de necrose) em processo de cicatrização.</i> | Iniciado uso de Dersani. |
| | <i>R67: A técnica detectou látex em contato com MSE em aspiração.</i> | Realizado curativo com esponja proteção |
| | <i>R68: Observado no dorso da mão D.</i> | Aguarda avaliação da estomaterapia, uso de hidrocolóide e proteção. |

Fonte: elaborado pela autora.

Analisando o Quadro 2, verifica-se um alto índice de registros relacionados a extubação não programada (28); seguido de perda de cateter venoso central (22); erros de medicação (12); lesão de pele (5) e retirada não planejada de SOG/SOE (2).

Assim, nos registros referentes à extubação não programada, percebe-se que os fatores citados como contribuintes para o incidente estão relacionados à presença de sinais e sintomas sendo eles: cianose; hipossaturação; agitação; desconforto respiratório; dor; deslocamento do Tubo Orotraqueal (TOT); presença de rolha; choro; ausência de expansão torácica ou problemas na fixação do TOT. Podendo esse evento ser decorrente de um ou mais sintomas.

Tais fatos corroboram com as informações de estudos realizados, que mostram esses fatores como causas de eventos adversos relacionados à extubação não programada (SIQUEIRA et al., 2014; SOUSA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Apesar de se tratar de uma técnica invasiva, percebe-se que o tipo de ventilação mais utilizada na unidade é por meio do TOT. A utilização do TOT se dá durante a ventilação mecânica e seu padrão de ventilação deve estar entre 86% a 93%, afim de se evitar hipo ou hiperóxia (SIQUEIRA et al., 2014).

Tratando-se de um evento adverso comum em UTI, a taxa de ocorrência da extubação não programada (ENP) varia de três a 14% em pacientes ventilados/dia. Com isso, a ENP se torna uma preocupação dos serviços hospitalares. O grande número de registros demonstra o que se esperava de acordo com a literatura, entretanto, reduzir ao mínimo possível, em torno de 2%, é o desejado (SIQUEIRA et al., 2014).

Percebe-se, então, que a maioria dos pacientes necessitou de reintubação, e conseqüentemente, foram expostos às complicações deste EA. Dentre as principais razões para a reintubação foram mencionadas a hipóxia (17); a cianose (9); agitação (7); presença de rolha(6).

A identificação deste evento é identificada por meio de sinais e sintomas, sendo indispensável a atenção para os mesmos. Ainda é pontuada a difícil adequação da sedoanalgesia para o paciente, pois alguns sedativos podem leva-lo a apresentar delírios que, por sua vez, geram agitação (SOUSA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Constataram-se 22 registros em relação à perda de cateter venoso central, tendo como principais problemas: o rompimento do balão do PICC, curativo sem adesão, exteriorização do cateter, rompimento do cateter ou obstrução do cateter.

Percebe-se, também, poucos registros sobre a medida/condução tomada após o evento. E as medidas registradas descrevem que eram realizadas a retirada do cateter ou uma nova passagem de cateter.

Apresentou-se, como complicação, o rompimento do balão (9); exteriorização do cateter (8); extravasamento da infusão (4); rompimento do PICC (2); obstrução do cateter (2).

As complicações mais citadas em estudos também foram: obstrução do cateter; ruptura do cateter; extravasamento da infusão; perda acidental, como também a presença de infecção e/ou flebite bacteriana. Tais complicações interferem no tempo de permanência do PICC e insucesso na terapia medicamentosa e sobrevida do neonato (LUI et al., 2018; PRADO et al., 2018; RANGEL et al., 2019).

O sucesso para inserção do PICC aumenta mediante o conhecimento sobre suas propriedades, com a capacitação do profissional responsável e pela manutenção do dispositivo e da equipe que atua diariamente com o cateter. Nesse sentido, é de suma importância avaliar as práticas que envolvem a inserção, o manejo desse procedimento, bem como a qualificação profissional e a necessidade de protocolos a fim de prevenir complicações e garantir qualidade na assistência (LUI et al., 2018).

Em um estudo realizado com 169 neonatos, foram obtidos 197 registros de PICC inseridos. Destes 66,7% das remoções eram por exteriorização dos PICC, o que se aproxima do estudo visto que é a segunda maior causa dos registros (RANGEL et al., 2018).

Diante disso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) apresenta-se como uma ferramenta gerencial indispensável para o planejamento, execução e controle desse cuidado. Sendo fundamental para o desenvolvimento do processo de terapia intravenosa, pois se encontra baseada em protocolos institucionais e evidências científicas, incorporando a organização do cuidado e o respaldo legal para as ações de enfermagem (LUI et al., 2018).

No que diz respeito aos eventos relacionados a erros de medicação, foram encontrados somente 12 registros. Estes estavam relacionados à falta de checagem na prescrição; erro na prescrição; erro na preparação do medicamento ou erro de administração. Poucos foram os registros relacionados a esse evento. O que difere do estudo realizado por autores no qual os erros relacionados a medicação foram o EA mais incidente, com 45 eventos dos 152 analisados por eles (SOUZA; ALVES; ALENCAR, 2018).

Diante disso, é importante ressaltar o erro na preparação ou administração do medicamento. Visto que essa técnica necessita de diversos cuidados, desde os cálculos para obter a dosagem certa, as características individuais de cada RN, os intervalos rigorosos de medicamentos e estreita margem terapêutica. Toda essa complexidade da dosagem influencia

diretamente na necessidade de execução de uma maior quantidade de processos em sua manipulação, como diluições e fracionamentos. Assim como, peculiaridades na própria administração do medicamento, como a necessidade de bombas infusoras, a fim de evitar outras complicações (LANZILLOTTI et al., 2015).

Percebe-se também a falta de registro pelos profissionais referente à conduta ou medida tomada, o que interfere na avaliação desses eventos, as consequências geradas no paciente, e a forma como o problema foi resolvido.

Lanzillotti et al., (2015) também mostram, em seu estudo, que os incidentes mais frequentes na UTIN estão vinculados ao uso incorreto do medicamento, principalmente no que diz respeito a dosagem incorreta ou inadequada, seguido da omissão, ausência de prescrição de medicamentos necessários, falha na técnica de administração e via de administração errada. O que se difere da unidade em estudo, na qual poucos são os registros de erros de medicação.

No que se refere à lesão de pele, foram achados apenas 5 registros nos boletins de ocorrência durante todo o ano de 2018, e suas causas estavam relacionadas a terapêutica medicamentosa; necrose; infiltração ou queimadura.

Já em um estudo realizado com 104 neonatos, 40,4% dos neonatos apresentaram lesões, sendo que alguns deles desenvolveram mais de uma lesão. As lesões mais frequentes foram dermatite de fralda (22,5%), edema (22,5%), eritema (19,7%) e infiltração (18,3%), seguidas de equimose (7%) e descamação (5,6%). 12,5% foram causadas por extravasamento de líquido, 7,7% por infecção, 7,7% por motivo indeterminado, 4,8% por punção venosa e/ou arterial e 20,2% ocorreram por outros motivos (FARIA; KAMADA, 2018).

Como limitação do estudo, pode-se referir a falta das anotações de enfermagem e, ainda, de detalhamento das informações registradas. Além de poucos registros, pois a maioria das lesões identificadas não continha descrição sobre o evento, nem a medida/conduta tomada, podendo ocasionar em omissão de informações importantes. Recomenda-se, então, que os profissionais possam se conscientizar sobre a adesão a um registro fidedigno, a fim de se obter informações mais claras e fiéis no que se diz respeito aos incidentes.

É essencial que o enfermeiro saiba identificar os riscos, além do conhecimento sobre as características anatômicas e fisiológicas da pele dos neonatos, visando a melhora da qualidade da assistência e, conseqüentemente, tornando-a mais humanizada, reduzindo assim as complicações decorrentes das lesões, o tempo de hospitalização, a mortalidade, os custos para o tratamento, além de diminuir o sofrimento físico e emocional dos recém-nascidos em

condições críticas e de seus familiares, direcionando assim as ações de enfermagem (FARIA; KAMADA, 2018).

Já no evento de retirada não planejada de SOG/SOE, verificou-se apenas 2 registros nos boletins de ocorrência, sendo causas relacionadas a obstrução da sonda, agitação ou retirada pelo próprio paciente. E em relação à conduta tomada, o procedimento adotado foi a retirada da sonda e passagem de nova SOG.

A utilização de sondas enterais é um dos procedimentos de enfermagem mais comuns realizados na UTIN e, normalmente, são indicados para descompressão gástrica, nutrição enteral e administração de medicamentos. Na população neonatal, as técnicas de sondagem enteral não possuem um padrão e frequentemente ocorrem erros no posicionamento correto (ANDRÉ et al., 2017).

Em um estudo realizado com 28 neonatos em uso de SOE, mostrou-se que os erros podem estar relacionados ao posicionamento da sonda; os estudos não apontam fatores ligados à terapêutica adotada, que estejam relacionados à causa dos erros, bem como no presente estudo. Desta forma, o fator que apresenta relevância para o correto posicionamento da sonda é a técnica de mensuração adotada. Onde a medida adotada foi a técnica nariz - orelha - metade da distância entre o apêndice xifoide e o umbigo (ANDRÉ et al., 2017).

Entre as fragilidades percebidas, destaca-se a importância de ampliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a adesão dos registros de eventos adversos, bem como os demais membros da equipe multiprofissional, para que todos participem ativamente.

Os resultados obtidos apontam, ainda, para a necessidade de educação permanente dos profissionais, a fim de sensibilizá-los para a notificação e capacitação a partir de protocolos, como medidas de redução dos seus índices e o monitoramento contínuo, tendo em vista que esses eventos são passíveis de prevenção não só pela equipe de Enfermagem, mas, também, pela equipe multiprofissional que participa do cuidado junto ao paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu investigar o gerenciamento dos indicadores de qualidade utilizados na UTIN de um hospital de referência da cidade de Fortaleza, por meio da análise dos registros de enfermagem nos instrumentos adotados pela unidade.

Primeiramente, verificou-se que a unidade possui um bom gerenciamento e organização dos processos referentes à qualidade da assistência, incluindo seus indicadores, facilitando não somente a gestão do cuidado, como também a identificação dos problemas bem como um direcionamento dos serviços prestados.

Verificou-se, no entanto, que, dos 72 registros dos boletins relacionados aos indicadores de qualidade efetuados pela equipe de enfermagem e outros profissionais, a maioria não fornecia informações detalhadas das situações/ocorrências. Não obstante, foi possível realizar um estudo aprofundado destes registros, considerando o padrão seguido por manuais de indicadores de enfermagem, o que possibilitou a realização de uma análise mais aprofundada referente aos indicadores de qualidade.

Os principais registros encontrados foram relacionados a extubação não programada, perda de cateter venoso central e erro de medicação. Apesar de esses dados corroborarem com os dados da literatura, poucos são os registros relacionados ao erro de medicação, que foi um dos problemas mais pertinentes nos dados encontrados, quando se trata de UTI neonatal, o que gera uma indagação sobre a subnotificação dos casos.

Apesar de a unidade possuir instrumentos relacionados aos indicadores, percebe-se a pouca adesão dos profissionais aos mesmos, tendo em vista as poucas informações registradas, principalmente no que se refere à conduta tomada após o evento, o que dificulta a análise de como a gestão lida com esses problemas, bem como as consequências geradas aos pacientes.

Vale salientar, também, que a subnotificação é um agravante importantíssimo para a análise dos EA. A falta de registros e informações sobre os incidentes são umas das principais causas de erros relacionados à saúde. Além do registro clínico, é importante que os profissionais saibam da relevância desses registros, e se conscientizem do quanto é essencial para avaliação do impacto dos serviços por eles prestados a essa clientela.

A pesquisa apresentou limitações, dentre elas, as inerentes ao acesso aos prontuários no período da pesquisa. Contudo, é importante destacar que a análise dos registros, sejam por meio de prontuários ou instrumentos institucionais, permite identificar as

falhas presentes nos serviços, podendo assim recomendar a adoção de medidas preventivas de outros incidentes ou reduzir a sua gravidade.

Recomenda-se o planejamento de ações em educação continuada sobre segurança do paciente, da importância desses registros, bem como a abordagem da cultura de segurança, permitindo o aprofundamento, de forma compreensiva e dinâmica, dos diferentes processos que nela interagem, para que toda equipe multiprofissional realize os devidos registros e tenha conhecimento da dinâmica e fluxo desse processo. E que assim os profissionais entendam que esses instrumentos servem como instrumentos na tomada de decisão e gestão da unidade.

Assim, é necessário que se estimule a adesão às notificações e que as discussões acerca do evento adverso sejam fundamentadas na aprendizagem com o erro e não no caráter punitivo.

REFERÊNCIAS

ANDRE, Rafaela Reiche et al. Posicionamento de sonda enteral em neonatos segundo técnica modificada de mensuração. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 590-597, Dec. 20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002017000600590&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 Junho 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700083>.

BARBOSA, Maria Teresa de Souza Rosa; ALVES, Valdecyr Herdy; RODRIGUES, Diego Pereira; BRANCO, Maria Bertilla Lutterbach Riker; SOUZA, Rosângela de Mattos Pereira de; BONAZZI, Vera Cristina Augusta Marques. Indicadores de qualidade na assistência de terapia intravenosa em um hospital universitário: uma contribuição da enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, vol. 7, núm. 2, abril/junho de 2015, pp. 2277-2286. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750946008>.

BORSATO, Fabiane Gorni; VANNUCHI, Marli Terezinha de Oliveira; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço. Qualidade da assistência de enfermagem: ambiente do paciente em hospital público de média complexidade [Quality of nursing care: patient environment in a medium-complexity public hospital]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 24, n. 2, p. e6222, abr. 2016. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6222/18688>>. Acesso em: 04 jun. 2019. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.6222>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa n. 4, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidades de Terapia Intensiva. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, 25 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Servicos+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Legislacao/Unidade+de+Terapia+Intensiva>.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

CARVALHO, Deciane Pintanela de, et al. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. *cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 22, n. 1, jan. 2017. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46569>>. Acesso em: 14 jun. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.46569>.

COSTA, Ester Conceição; SANT'ANA, Fagner Rodrigues dos Santos. Consequências geradas pelas condições de trabalho do profissional de Enfermagem: uma revisão integrativa. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2017. Vol. Sup. 7, S372-S378. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/S-29_2017.pdf. Acesso em 14 de junho de 2019.

COSTA, Grazielle de Sousa et al. Cuidado de enfermagem individualizado ao prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR* Vol.22,n.2,pp.132-136 (Mar – Mai 2018). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180405_095348.pdf.

Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) Manual de indicadores de enfermagem NAGEH / Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). - 2.ed.São Paulo : APM/CREMESP, 2012.60p.

COSTA, Kelly Helorany Alves¹; LOBATO, Caroline Rodrigues; GUIMARÃES, André Gustavo Moura. Testes de extubação em recém-nascidos pré-termo submetidos à ventilação mecânica: revisão de literatura narrativa. ASSOBRAFIR Ciência. 2018 Abr;9(1):63-71. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/28236/23852>.

COSTA, Milce; SILVA, Walita Naiara. Investigação dos principais micro-organismos responsáveis por infecções nosocomiais em utis neonatais: uma revisão integrativa. Refacer v7, n.1,2018.ISSN–2317-1367. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/refacer/article/view/3319/2330>.

COSTA, Priscila et al . Elaboração de um escore de risco para remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em neonatos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 23, n. 3, p. 475-482, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692015000300475&lng=en&nrm=iso>. accesson 15 June 2019. Epub July 03, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0491.2578>.

FARIA TF, Kamada I. Lesiones de la piel en neonatos en cuidados intensivos neonatales. Enf Global [Internet]. 30 de diciembre de 2017 [citado 15 de junio de 2019];17(1):211-36. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/273671>.

FEITOSA, Andreza Ravena da Silva; FONTINELE, Lenyse Fernandes; SANTIAGO, Anna Katharinne Carreiro; OLIVEIRA, Leilyanne de Araújo Mendes; COSTA, Grazielle de Sousa. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos prematuros: revisão integrativa. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR Vol.22,n.1, pp.100-106(Mar–Mai2018). Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>.

FERRO, Denise et al . Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. Acta paul. enferm. São Paulo, v. 31, n. 4, p. 399-408, jul. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002018000400399&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800056>.

FERRO D, Zacharias FC, Fabriz LA, Schonholzer TE, Valente SH, Barbosa SM, et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. Acta Paul Enferm. 2018;31(4):399-408.

FIALHO, Lorena Thamires Gomes et al. Tempo de permanência do cateter central de inserção periférica em neonatos. Revista Bionorte,v. 6, S1, dez. 2017. Disponível em: http://revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a114.pdf. Acesso em 14 de junho de 2019.

FIORETI, Fernanda Cristina Custodia de Faria; MANZO, Bruna Figueiredo; MONTENEGRO, Lívia Cozer; CORRÊA, Allana dos Reis; MARTINS, Tatiana Carvalho Reis; COSTA, Daiana Muniz. Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente neonatal. Revenferm UFPE online., Recife, 10(11):3883-91, nov.,

2016. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/S-29_2017.pdf. Acesso em 14 de junho de 2019.

FRANCISCONE, Amanda da Silva; PEREIRA, Camila Machado. Os desafios da equipe de enfermagem dentro de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Católica de Brasília, 2015.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; RONDON, Jennifer Nunes; JESUS, Ludmylla Neves de. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: percepção da equipe de enfermagem. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* | v.17, n.1, p 14-20 | Junho 2017. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdfrevista/vol17n1/vol_17_n_1artigo_original_2.pdf.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SOUZA, Júlia Salomé de. Erros de administração de medicamentos em unidades de terapia intensiva neonatal. *CiencCuidSaude* 2015 Jul/Set; 14(3):1330-1338. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/25445/pdf_376.

GALINDO, Isis da Silva; FERREIRA, Simone Cruz Machado; LAZZARI, Daniele Delacanal; KEMPFER, Silvana Silveira; TESTONI, Ana Karolliny. Motivos do absenteísmo em uma equipe de enfermagem ambulatorial. *Revenferm UFPE online.*, Recife, 11(Supl. 8):3198-205, ago., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110184/22065>.

GARCIA, Paulo Carlos; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; FUGULIN, Fernanda MariaTogei. Tempo de assistência e indicadores de qualidade em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 166-172, fev. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000700166&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 15 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0067>.

GOMES, Aline Verônica de Oliveira; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca. O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 794-800, Aug. 2013. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000400794&lng=en&nrm=iso. access on 15 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400004>.

GOMES, Maria Fernanda Pereira, SILVA, Natália Santos da; CAPELLINI, Verusca Kelly; SANTOS, Mariana Souza. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado humanizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Aten. Saúde*, São Caetano do Sul, v. 15, n. 52, p. 38-42, abril/junho de 2017. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4434.

LANZILLOTTI, Luciana da Silva et al. Eventos adversos e incidentes sem dano em recém-nascidos notificados no Brasil, nos anos 2007 a 2013. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.32, n.9, e00100415, 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000905010&lng=en&nrm=iso. Access on 15 June 2019. Epub Sep 19, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00100415>.

LUI AML, Zilly A, França AFO, et al. Cuidados e limitações no manejo do cateter central de inserção periférica em neonatologia. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2018;8:e1918. Acesso em 14 de junho de 2018; Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1918>.

LUNA, Aline Affonso; BRANCO, Lenyza Lucas Winchello Vieira; BELEZA, Ludmylla de Oliveira. Carga de trabalho de enfermagem em UTI neonatal: aplicação da ferramenta nursingactivities score Nursingworkload in neonatal ICU: applicationofthenursingactivities score tool. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 144-151, jan. 2017. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5280>>. Acesso em: 19 june 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.144-151>.

OLIVEIRA, Carlos Ariel Souza de et al . Análise de indicadores assistenciais em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na cidade de Fortaleza/CE. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.99-105, Mar. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2017000100099&lng=en&nrm=iso>.access on 02 Apr. 2019. Epub Mar 30, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010220>.

PONTES, Ludmylla de Faria; GARDENGHI Giulliano; CAPUCHO, Helaine Carneiro. Caracterização de casos de extubação acidental em pacientes assistidos em hospitais universitários federais. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*.2017Novembro;7(4):531-537. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1617/1049>.

PRADO NCC, Silva RAR, Costa RHS, Delgado MF. Remoção não eletiva do cateter central de inserção periférica em unidade neonatal. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2018 20:v20. Acesso em: 13 junho 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.45559>.

PRATES, Daniele de Oliveira; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. Interrupções de atividades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* , Ribeirão Preto, v. 24, e2802, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100413&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19 de junho de 2019. Epub 09 de setembro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0997.2802>.

Rangel RJM, Castro DS, Amorim MHC, et al. Práticas de Inserção, Manutenção e Remoção do Cateter Central de Inserção Periférica em Neonatos. *Rev Fund Care Online*.2019.11(n. esp):278-284. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.278-284>

ROCHA, Nylze Helena Guillarducci; LEMOS,RejaneCussi Assunção. Atitudes da equipe e qualidade da assistência de enfermagem em um pronto socorro adulto. *RevEnferm Atenção Saúde [Online]*. Jul/Dez 2017; 6(2):105-117. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1842/pdf>.

RODRIGUES IL; Camponogara S; Soares SGA; et al. Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem. *Care Online*. 2016 jul/set; 8(3):4757-4765. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4757-4765>.

SILVA, Aline Rodrigues da; HOFFMANN Edla; ZACARON Sabrina Silva. Acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: percepções das profissionais e mães. *Argum.*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 198-212, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://10.18315/argumentum.v10i1.18739>.

SILVA, Carlos Magno Costa; LUZ, Janayna Rodrigues de Moraes; CARVALHO, José Ribamar Marques de; ALBUQUERQUE Lúcia Silva; OLIEIRA, Kallyse Priscila Soares. Análise das Metodologias e Técnicas de Pesquisas sobre os Ativos Intangíveis nos Eventos da Área Contábil no Brasil. *R. Eletr. do Alto Vale do Itajaí – REAVI*, v. 5, n. 7, p. I– F, jun., 2016. Disponível em: <http://www.revistas.udesc.br/index.php/reavi/article/view/2316419005072016037/5567>

SILVA, Sheylla Pereira da; LIMA, Wellington Matheus Gomes; CAVALCANTI, Daniella da Silva Porto; SILVA, Ludimila Cristina Souza. Indicadores de qualidade em uma unidade de terapia intensiva neonatal: sob a óptica da segurança do trabalhador. *V.3, n 02*, p. 79-90; Agosto-Dezembro. 2017. ISSN:24479330. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/355/284>. Acesso em 26 nov 2018.

SOUSA, Brendo Vitor Nogueira; SANTANA, Raquel Ribeiro; SANTOS, Maiane Sousa dos; CRIPRIANO, Ellen Simone Vasconcelos; BRITO, Carla de Oliveira; OLIVEIRA, Elenilda Farias de. Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática. *Revistas ufprCogitareEnferm.* v. 21, n. esp: 01-10, julho de 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45576/pdf>.

SOUSA, Maria do Socorro Marques de; VIEIRA, Luciane do Nascimento; CARVALHO, Silvéria Borges de; MONTE, Nadiana Lima. Os cuidados de enfermagem com os recém-nascidos na UTI. *Rev. Saúde em Foco. Teresina*, v. 3, n. 1, art. 1, p. 94-106, jan./jun. 2016 ISSN Eletrônico:2358-7946. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/923/1004>.

SOUZA, Ragive Ferreira de; ALVES, Audimar de Sousa; ALENCAR, Isabele Gouveia Muniz De. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. *Revenferm UFPE online.*, Recife, 12(1):19-27, jan., 2018. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a25205p19-27-2018>.

TOMAZONI, Andréia et al . Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 24, n. 1, p. 161-169, Mar. 2015 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100161&lng=en&nrm=iso>0. access em 13 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000490014>.

VENTURA, Claudiane Maria Urbano; ALVES, João Guilherme Bezerra; MENESES, Jucille do Amaral. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. bras. enferm.* Brasília, v. 65, n. 1, p. 49-55, fevereiro de 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000100007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 25 de novembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100007>.

VIEIRA, Fabiana Pereira das Chagas; GARCIA, Paulo Carlos; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. Tempo de assistência de enfermagem e indicadores de qualidade em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 558-564, out. 2016. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002016000500558&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600077>.

VITURI, Dagmar Willamowius; EVORA, Yolanda Dora Martinez. Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v.68, n.5, p.945-952, Oct. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000500945&lng=en&nrm=iso>.access on 04 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680525i>.

2ª ETAPA: IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS REGISTROS NOS LIVROS DE OCORRÊNCIA E NOS PRONTUÁRIOS SOBRE OS INDICADORES DE QUALIDADE.

UNIDADE: _____

DATA: _____

Há descrição de indicador de qualidade nos registros? Sim () Não ()

Documento analisado: () Prontuário do paciente () Livro de ocorrências () Outro: _____

Se sim, qual (is)?

1. () Checagem dos procedimentos nas prescrições médicas e de enfermagem
2. () Controle da oferta de suporte nutricional
3. () Emprego de protocolos de procedimentos de enfermagem
4. () Identificação de equipos, frascos e da velocidade de infusão venosa
5. () Identificação do leito do paciente
6. () Incidência de Extubação Acidental
7. () Incidência de Não conformidade relacionada à Administração de Medicamentos
8. () Incidência de Perda de Sonda Orogástrica
9. () Incidência de lesão de pele
10. () Lesão de pele por administração de medicação errada
11. () Taxas de perda da cateter venoso de inserção periférica – PICC
12. () Utilização da SAE
13. () Utilização de escalas no controle da dor
14. () Utilização de escalas preditivas de lesão de pele.
15. () Dimensionamento de pessoal da unidade (número de pacientes/enfermeiro; número de pacientes/técnico de enfermagem)
16. () Procedimentos realizados por cada profissional (enfermeiro/técnico) no turno de trabalho
17. () Índice de rotatividade de pessoal da unidade
18. () Taxa de absenteísmo da unidade
19. () Outro. Especificar: _____

Detalhar:

ANEXO A - FICHAS DE OCORRÊNCIA REFERENTE AOS INDICADORES DE QUALIDADE UTILIZADOS NA UTIN

FICHA DE OCORRÊNCIA DE ERRO DE MEDICAÇÃO

UNIDADE: _____

NOME DO CLIENTE: _____

PRONTUÁRIO: _____ LEITO: _____

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

PROFISSIONAL QUE IDENTIFICOU O PROBLEMA: _____

RISCOS PARA OCORRÊNCIA DE ERRO DE MEDICAÇÃO

Assinalar um ou mais itens

extravasamento IV/ IM

medicamento administrado errado

paciente errado

dose errada

via errada

não administração /perda de acesso venoso

não administração/ omissão de medicação prescrita

medicação não aprazada

recusa do acompanhante

preenchimento de rótulo errado/ incompleto

erro no cálculo da dose ou no gotejamento

erro na programação da bomba de infusão

erro no aprazamento

erro na checagem

erro de prescrição

outros - _____

Breve descrição do ocorrido: _____

ENFERMEIRO(A): _____

Assinatura e Carimbo

Coordenação de Enfermagem/Educação Permanente de Enfermagem

FICHA DE OCORRÊNCIA DE PERDA DE CATETER VENOSO CENTRAL

UNIDADE: _____

NOME DO CLIENTE: _____

PRONTUÁRIO: _____ LEITO: _____

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

PROFISSIONAL QUE IDENTIFICOU O PROBLEMA: _____

RISCOS PARA PERDA DE CATETER VENOSO CENTRAL

Assinalar um ou mais itens

excesso de manuseio

agitação

sinais flogísticos

problemas com fixação _____

extravasamento ou sangramento na inserção

infiltração

risco não identificado

outros - _____

Breve descrição do ocorrido: _____

ENFERMEIRO(A): _____

Assinatura e Carimbo

Coordenação de Enfermagem/Educação Permanente de Enfermagem

FICHA DE OCORRÊNCIA - EXTUBAÇÃO NÃO PROGRAMADA

UNIDADE: _____
 NOME DO CLIENTE: _____
 IG: _____ PESO: _____
 PRONTUÁRIO: _____ LEITO: _____
 DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____
 PROFISSIONAL QUE IDENTIFICOU O PROBLEMA: _____

SINAL DA EXTUBAÇÃO:

CHORO AUDÍVEL () VOCALIZAÇÃO () HIPOSSATURAÇÃO
 RESÍDUO GÁSTRICO NO TOT () CIANOSE () TOT DESLOCADO
 ALARME DO RESPIRADOR DISPARADO () RN PUXOU TOT
 AUSCULTA EXPANSÃO AUSENTE

EVENTO PRECIPITANTE:

AGITAÇÃO () DOR
 BANHO/MANUSEIO INADEQUADO () TROCA DE FIXAÇÃO DO TOT
 TRANSPORTE () BAIXA SEDAÇÃO
 PROCEDIMENTO () EXCESSO DE SECREÇÕES
 MEMBROS MAL CONTIDOS () TOLERÂNCIA A SEDATIVOS
 MALFORMAÇÃO DE FACE/VAS () DESMAME DE SEDATIVOS
 NÃO IDENTIFICADO

Número de pacientes sob VMI no momento do evento?
 Paciente está sob VMI há mais de 7 dias?
 Paciente já sofreu extubação acidental antes?

Descrição breve do evento:

Medidas implementadas: _____

ENFERMEIRO(A): _____

Assinatura e Carimbo

Coordenação de Enfermagem/Educação Permanente de Enfermagem

FICHA DE OCORRÊNCIA-LESÃO DE PELE

UNIDADE: _____
 NOME DO CLIENTE: _____
 PRONTUÁRIO: _____ LEITO: _____
 DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____
 PROFISSIONAL QUE IDENTIFICOU O PROBLEMA: _____

TIPO DE LESÃO:

infiltração () abscesso () eritema
 vesícula () equimose () bolha
 hematoma () escoriações () queimadura
 necrose () fissura () outros _____

LOCAL DE LESÃO:

MSD () MSE () MID () MIE
 região perianal () região dorsal () região abdominal
 região torácica () região cefálica () outros _____
 septo nasal

FATORES DE RISCO:

condições clínicas (prematuridade, edema, imobilidade no leito, coagulopatia, etc.)
 uso de adesivos (sondas e cateteres, dispositivos intravenosos, etc.)
 terapêutica medicamentosa (osmolaridade, pH, etc.)
 dermatite por fraldas
 oxímetro de pulso, monitorização.
 punções venosas e arteriais,
 glicemia capilar,
 exames laboratoriais
 meio ambiente (temperatura, umidade)
 fototerapia
 outros: _____

Descrição do evento: _____

Medidas implementadas: _____

ENFERMEIRO(A): _____

Assinatura e Carimbo

Coordenação de Enfermagem/Educação Permanente de Enfermagem

○
FICHA DE OCORRÊNCIA – QUASE ERRO DE MEDICAÇÃO (NEAR MISS)

UNIDADE: _____
 NOME DO CLIENTE: _____
 PRONTUÁRIO: _____ LEITO: _____
 DATA: ___/___/___ HORÁRIO: ____:____
 PROFISSIONAL QUE IDENTIFICOU O PROBLEMA: _____

RISCOS PARA OCORRÊNCIA DE QUASE ERRO DE MEDICAÇÃO

Assinalar um ou mais itens

- medicamento administrado errado
 paciente errado
 dose errada
 via errada
 medicação não aprazada
 preenchimento de rótulo errado/ incompleto
 erro no cálculo da dose ou no gotejamento, observado antes da administração
 erro na programação da bomba de infusão, observado antes da administração
 erro no aprazamento, observado antes da administração
 erro de prescrição, observado antes da administração
 outros - _____

Breve descrição do ocorrido:

ENFERMEIRO(A): _____

Assinatura e Carimbo

Coordenação de Enfermagem/Educação Permanente de Enfermagem

○
FICHA DE OCORRÊNCIA – Retirada não planejada de SOG/SOE

UNIDADE: _____
 NOME DO CLIENTE: _____
 PRONTUÁRIO: _____ LEITO: _____
 DATA: ___/___/___ HORÁRIO: ____:____
 PROFISSIONAL QUE IDENTIFICOU O PROBLEMA: _____

EVENTO PRECIPITANTE:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RN PUXOU A Sonda | <input type="checkbox"/> VOMITO |
| <input type="checkbox"/> DURANTE UM PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> FIXAÇÃO SOLTA |
| <input type="checkbox"/> RN PUXOU O TRANSPORTER | <input type="checkbox"/> FIXAÇÃO INADEQUADA |
| <input type="checkbox"/> MEMBROS MAL CONTIDOS | |
| <input type="checkbox"/> MALFORMAÇÃO DE FACE | |
| <input type="checkbox"/> BAIXA/ AUSÊNCIA DE SEDAÇÃO | |
| <input type="checkbox"/> NÃO IDENTIFICADO | |

Paciente já sofreu retirada de SOG/SOE antes? S () N ()

Descrição breve do evento:

Medidas implementadas: _____

ENFERMEIRO(A): _____

Assinatura e Carimbo

Coordenação de Enfermagem/Educação Permanente de Enfermagem

ANEXO B – FOLHA DE REGISTRO MENSAL INDICADOR CTI E INDICADORES DE ASSISTÊNCIA UTILIZADOS NA UTIN

| INDICADOR CTI | | | |
|-------------------------|--|--------|--|
| Mês - | | / 2019 | |
| ACESSOS | DIA | MÊS | PERDAS |
| Cateter umbilical | | | <input type="checkbox"/> obstrução <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> manuseio <input type="checkbox"/> infiltr <input type="checkbox"/> agitação <input type="checkbox"/> sBO <input type="checkbox"/> fixação |
| Dissecção | | | <input type="checkbox"/> obstrução <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> manuseio <input type="checkbox"/> infiltr <input type="checkbox"/> agitação <input type="checkbox"/> sBO <input type="checkbox"/> fixação |
| Subclávia | | | <input type="checkbox"/> obstrução <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> manuseio <input type="checkbox"/> infiltr <input type="checkbox"/> agitação <input type="checkbox"/> sBO <input type="checkbox"/> fixação |
| PICC | | | <input type="checkbox"/> obstrução <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> manuseio <input type="checkbox"/> infiltr <input type="checkbox"/> agitação <input type="checkbox"/> sBO <input type="checkbox"/> fixação |
| total | | | |
| PACIENTE MÊS | | | |
| PACIENTE DIA | | | |
| ABSENTEÍSMO | | | |
| % cateteres | | | |
| % falhas | | | |
| % atestado (até 3 dias) | | | |
| Profissionais 24h | | | |
| INADEQUAÇÃO | | | |
| PERDA AVC | | | |
| VMI | | | |
| EXTUBAÇÃO | | | |
| EXTUB. PROGRAMADA | | | |
| EXTUB. NÃO Progr. | <input type="checkbox"/> exc.manuseio <input type="checkbox"/> agitação <input type="checkbox"/> fixação <input type="checkbox"/> sem BO <input type="checkbox"/> rolha <input type="checkbox"/> transporte | | |
| LESÃO PELE | <input type="checkbox"/> lesão de septo nasal <input type="checkbox"/> Dispositivo hospitalar <input type="checkbox"/> infiltração <input type="checkbox"/> decúbito <input type="checkbox"/> demarcação de fraldas <input type="checkbox"/> necrose <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> sem BO | | |
| QUASE ERRO | <input type="checkbox"/> prescrição <input type="checkbox"/> aprazamento <input type="checkbox"/> dispensação <input type="checkbox"/> diluição <input type="checkbox"/> sem B.O | | |
| ERRO DE MEDICAÇÃO | <input type="checkbox"/> prescrição <input type="checkbox"/> aprazamento <input type="checkbox"/> checagem <input type="checkbox"/> dispensação <input type="checkbox"/> diluição <input type="checkbox"/> sem B.O <input type="checkbox"/> administração <input type="checkbox"/> rótulo <input type="checkbox"/> omissão <input type="checkbox"/> programação | | |
| PERDA DE SOG/ SOE | | | |
| TAXA DE INFECÇÃO | | | |
| Nº INF. SÍTIO DE INF. | <input type="checkbox"/> sangue <input type="checkbox"/> respirat. <input type="checkbox"/> urina <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> cirurg. <input type="checkbox"/> diálise <input type="checkbox"/> pele | | |

INDICADORES DE ASSISTÊNCIA

| | |
|--------------------|---|
| 1. NOME | Incidência de extubação não planejada de cânula endotraqueal |
| DEFINIÇÃO | Extubação não planejada consiste na retirada acidental ou não planejada da cânula endotraqueal. |
| FÓRMULA | $\text{Incidência de Extubação não planejada de cânula endotraqueal} = \frac{\text{n}^\circ \text{ extubação não planejada} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ paciente intubado / dia}}$ |
| RESPONSÁVEL | Enfermeiro |
| FREQUÊNCIA | mensal |
| OBSERVAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Extubação não planejada consiste na retirada acidental ou não planejada da cânula endotraqueal. ➢ Retirada da cânula endotraqueal pelo profissional médico, não é considerado extubação não planejada. |
| REFERÊNCIA | Manual de Indicadores de Enfermagem – 2ª Edição (NAGEH -CQH) 2012 |
| UNIDADES | UTI Pediátrica, Reanimação, UTI Pós Operatória, UTI Oncológica e CTINE |

Coordenação de Enfermagem e Educação Permanente – Fevereiro/2018

INDICADORES DE ASSISTÊNCIA

| | |
|--------------------|--|
| 2. NOME | Incidência de Queda de Paciente |
| DEFINIÇÃO | Relação entre o número de incidência de queda de paciente e o número de paciente / dia |
| FÓRMULA | $\text{Incidência de queda de paciente} = \frac{\text{n}^\circ \text{ quedas} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ paciente / dia}}$ |
| RESPONSÁVEL | Enfermeiro |
| FREQUÊNCIA | mensal |
| OBSERVAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Entende-se por queda um evento não intencional que resulta no deslocamento do paciente para o chão ou para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial. |
| REFERÊNCIA | Manual de Indicadores de Enfermagem – 2ª Edição (NAGEH -CQH) 2012 |
| UNIDADES | Todas as Unidades de Internação |

Coordenação de Enfermagem e Educação Permanente – Fevereiro/2018

INDICADORES DE ASSISTÊNCIA

| | |
|--------------------|--|
| 3. NOME | Incidência de saída não planejada de sonda oro / nasogastroenteral para aporte nutricional |
| DEFINIÇÃO | Extubação não planejada consiste na retirada acidental ou não planejada da cânula endotraqueal. |
| FÓRMULA | $\text{Incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de paciente com oro/nasogastroenteral / dia}}$ |
| RESPONSÁVEL | Enfermeiro |
| FREQUÊNCIA | mensal |
| OBSERVAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Retirada da sonda pelo próprio paciente ou acompanhante. ➢ Retirada da sonda não planejada por ocasião de manipulação ou transporte. ➢ Saída não planejada em situações clínicas (náuseas, vômitos e tosse), excluir sonda aberta e outra finalidades que não aporte nutricional. ➢ Obstrução e problemas relacionados ao material (rompimento, perfuração, deterioração do material). ➢ Retirada da sonda por problema de fixação |
| REFERÊNCIA | Manual de Indicadores de Enfermagem – 2ª Edição (NAGEH -CQH) 2012 |
| UNIDADES | Todas as Unidades de Internação |

Coordenação de Enfermagem e Educação Permanente – Fevereiro/2018

INDICADORES DE ASSISTÊNCIA

| | |
|--------------------|---|
| 4. NOME | Incidência de erro de medicação |
| DEFINIÇÃO | Todo incidente relacionado à segurança do paciente no processo de medicação (prescrição, dispensação, preparação e administração). Considerado erro de medicação quando o medicamento for administrado no paciente.. |
| FÓRMULA | $\text{Incidência de erros relacionados à administração de medicamentos} = \frac{\text{número de erros relacionados à administração de medicamentos} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de paciente / dia}}$ |
| RESPONSÁVEL | Enfermeiro |
| FREQUÊNCIA | mensal |
| OBSERVAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Administração de medicamentos com doses divergentes da prescrita ➢ Administração de medicamentos em via diferente da prescrita. ➢ Administração de medicamentos não prescritos. ➢ Administração de medicamentos com diluição errada. ➢ Administração de medicamentos vencidos. ➢ Administração de medicamentos em paciente divergente (troca de pacientes) ➢ Administração no horário divergente do aprazado |
| REFERÊNCIA | Manual de Indicadores de Enfermagem – 2ª Edição (NAGEH -CQH) 2012 |
| UNIDADES | Todas as Unidades de Internação |

Coordenação de Enfermagem e Educação Permanente – Fevereiro/2018

INDICADORES DE ASSISTÊNCIA

| | |
|--------------------|--|
| 5. NOME | Incidência de quase falha relacionada à administração de medicação |
| DEFINIÇÃO | Quase falha é todo incidente relacionado à segurança do paciente, envolvendo o processo de medicação(prescrição, dispensação, preparação, administração). É quando o evento não atinge o paciente, foi detectado antes que o medicamento fosse administrado. |
| FÓRMULA | $\text{Incidência de quase falha relacionada à administração de medicamentos} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de paciente / dia}}$ |
| RESPONSÁVEL | Enfermeiro |
| FREQUÊNCIA | mensal |
| OBSERVAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Dose divergente da prescrita. ➢ Via de administração divergente da prescrita. ➢ Não administração ou omissão de dose. ➢ Tempo de infusão divergente do prescrito. ➢ Medicamento dispensado divergente do prescrito |
| REFERÊNCIA | Manual de Indicadores de Enfermagem – 2ª Edição (NAGEH -CQH)2012 |
| UNIDADES | Todas as Unidades de Internação |

Coordenação de Enfermagem e Educação Permanente – Fevereiro/2018

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: Ana valeska Siebra e silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02242718.3.0000.5042

Instituição Proponente: Hospital Infantil Albert Sabin - CE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.023.603

Apresentação do Projeto:

PESQUISA INTITULADA "ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL". Considerando que o ambiente de prática da enfermagem é caracterizado pela presença de peculiaridades organizacionais que colaboram ou dificultam o desenvolvimento da prática profissional. Estas peculiaridades incluem: uma gestão que apoia a enfermagem, com dimensionamento adequado dos recursos humanos; equipe de enfermagem com competência, autonomia e preparada para atuar junto à equipe de saúde; e a oportunidade de desenvolvimento profissional, como a possibilidade de ascensão dentro da instituição.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é analisar a relação entre o ambiente de prática profissional da enfermagem e a qualidade da assistência prestada em unidades de terapia intensiva neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos inerentes à participação nesta pesquisa podem ser insatisfação relacionada a medo de eventuais repercussões e perda de tempo. Nesse caso, as pesquisadoras estarão preparadas para intervir sugerindo a suspensão da aplicação do instrumento, deixando o participante à vontade

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544
Bairro: Vila União CEP: 60.410-790
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-4212 Fax: (85)3101-4212 E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN - CE



Continuação do Parecer: 3.023.603

para decidir sobre sua participação no estudo.

Benefícios:

Reflexão contínua sobre a temática do Ambiente de Prática Profissional na Enfermagem e suas implicações para a Qualidade na prática assistencial dos profissionais inseridos na pesquisa; desenvolvimento técnico, científico, ético e humano da enfermagem no âmbito da gestão; garantia de feedback ao serviço de enfermagem quanto aos resultados alcançados; e construção e validação de indicadores de gestão para uma prática de enfermagem segura.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Propicia a oportunidade de intervenção e construção de ambientes saudáveis para a prática de enfermagem, contribuindo para nortear planejamento das ações de educação continuada, decisões organizacionais, bem como também no aspecto da satisfação pessoal com o trabalho desenvolvido em UTIN.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresentou todos os termos obrigatórios, TCLE, Pre-anuência, autorizações, folha de rosto, termo de compromisso, cronograma atualizado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado pelo relator, aguardando parecer do colegiado

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acatou o parecer de APROVAÇÃO emitido pela relatora por entender que o protocolo não apresenta nenhum óbice ético.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1234914.pdf | 30/10/2018 11:48:33 | | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderostoassinada.pdf | 29/10/2018 17:35:25 | Roberta Meneses Oliveira | Aceito |
| Outros | autorizacaoutin.pdf | 29/10/2018 16:14:19 | Roberta Meneses Oliveira | Aceito |
| Outros | declaracaopreanuencia.pdf | 29/10/2018 16:12:35 | Roberta Meneses Oliveira | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | termocompromissoroberta.pdf | 29/10/2018 16:11:19 | Roberta Meneses Oliveira | Aceito |

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544
 Bairro: Vila União CEP: 60.410-790
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-4212 Fax: (85)3101-4212 E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 3.023.603

| | | | | |
|---|--------------------------------|------------------------|-----------------------------|--------|
| Declaração de Pesquisadores | termocompromissoraquei.pdf | 29/10/2018 16:11:10 | Roberta Meneses Oliveira | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | termocompromissoanavaleska.pdf | 29/10/2018 16:11:00 | Roberta Meneses Oliveira | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | termocompromissoaglay.pdf | 29/10/2018 16:10:49 | Roberta Meneses Oliveira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle.pdf | 22/10/2018 15:32:55 | Roberta Meneses Oliveira | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | autorizacaomediorisco.pdf | 22/10/2018 15:27:14 | Roberta Meneses Oliveira | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetonaintegra.docx | 18/10/2018 15:09:09 | Roberta Meneses Oliveira | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 16 de Novembro de 2018

Assinado por:
Regina Lúcia Ribeiro Moreno
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544
Bairro: Vila União CEP: 60.410-790
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-4212 Fax: (85)3101-4212 E-mail: cep@hias.ce.gov.br