

CURSO DE ENFERMAGEM

Luana de Fátima Padão Lozado

**INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE: REALIDADE DE UMA UNIDADE
DE INTERNAÇÃO CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL/RS**

Santa Cruz do Sul

2017

Luana de Fátima Padão Lozado

**INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE: REALIDADE DE UMA UNIDADE
DE INTERNAÇÃO CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL/RS**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Ms. Mari Ângela Gaedke

Santa Cruz do Sul

2017

Santa Cruz do Sul, novembro de 2017.

**INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE: REALIDADE DE UMA UNIDADE
DE INTERNAÇÃO CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DO
RIO GRANDE DO SUL/RS**

Luana de Fátima Padão Lozado

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Amélia Natalia Marques Cerentini

Prof. Enf.^a Curso de Enfermagem

Prof^a Ms. Vera Elenei da Costa Somavilla

Prof. Enf.^a Curso de Enfermagem

Prof^a Ms. Mari Ângela Gaedke

Professora Orientadora

“Faça o teu melhor, na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores, para fazer melhor ainda!”

Mario Sergio Cortella

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que está sempre em meu coração, que coloca em meu caminho pessoas maravilhosas e que sempre me protegendo de tudo que possa me fazer algum mal.

Agradeço meu amado companheiro Carlos, parceiro de todas as horas. Que por muito tempo cuidou e protegeu nossa linda filha durante minha ausência.

Sou grata a minha eterna mãe (*in memorian*), que desde o princípio foi exemplo mãe, amiga e mulher guerreira, que sempre me incentivou a estudar. E ao meu pai que apesar das dificuldades sempre foi exemplo de determinação.

Meus agradecimentos a todos meus amigos, pelas alegrias e dores compartilhadas. Pois, fizeram a diferença para continuar.

Agradeço a todos os professores do Curso de Enfermagem por me proporcionar não somente o conhecimento imensurável sobre o cuidado do ser humano. Mas também a importância de valorização a vida.

Agradeço a instituição onde realizei este estudo, pois me recebeu de portas abertas para o desenvolvimento deste e crescimento profissional.

E por fim, serei eternamente grata a minha amiga e orientadora, que não mediu esforços pra me ensinar e incentivar a conclusão deste estudo.

A realização deste trabalho só foi possível realiza-lo porque teve muitos braços envolvidos, braços que me abraçaram, que me ergueram e me incentivaram a seguir em frente. Sou grata por cada gesto de carinho durante minha caminhada.

RESUMO

A segurança do paciente entendida como a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, tem sido foco de muitos estudos. Mensurar indicadores assistenciais na prevenção de eventos adversos torna-se fundamental para melhoria da assistência. Esta pesquisa teve por objetivo avaliar a qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos em unidade de internação clínica-cirúrgica por meio do atendimento a 12 indicadores de qualidade. Trata-se de pesquisa descritiva observacional, de abordagem quantitativa, do tipo transversal. Foi realizada numa unidade de internação clínica cirúrgica de 34 leitos de hospital filantrópico no interior do RS. O período de coleta dados foi de setembro e outubro de 2017, sendo que foi utilizado para coleta um *checklist* validado, com 12 indicadores de cuidados básicos de enfermagem. A coleta dos dados foi mediante a observação dos dispositivos usados pelos pacientes e consulta aos prontuários, totalizando 135 observações em todos os turnos de trabalho. Os dados foram digitados no programa Excel® e analisados por meio estatística descritiva no programa SPSS®. Como resultados, observou-se que dos 12 indicadores apenas 4 tiveram índice de conformidade acima de 70% e restante com índice de conformidade insuficiente. Desta forma a identificação de inconformidades no processo assistencial levantadas com este estudo vem a contribuir com a necessidade de intervenções que possam propor barreiras para evitar a ocorrência dos eventos adversos. Diante deste contexto o enfermeiro tem papel fundamental para a realização da educação permanente, desenvolver novas formas de ensino e aprendizado, proporcionar vínculos de comunicação clara e humanização. Acredita-se que sempre haverá falhas, sendo necessária uma organização voltada para a criação de uma cultura educativa, e não punitiva, tendo como ponto de partida a análise de indicadores de qualidade.

Palavras-chave: Indicadores de Qualidade. Segurança do Paciente. Enfermagem.

ABSTRACT

Patient safety, understood as the minimally acceptable reduction of the risk of unnecessary harm associated with health care, has been the focus of many studies. Measuring care indicators in the prevention of adverse events becomes critical to improved care. This study aimed to evaluate the quality of basic nursing care in the prevention of adverse events in a clinical-surgical hospitalization unit by means of the 12 quality indicators. This is an observational, quantitative, cross-sectional, descriptive research. It was carried out in a surgical hospitalization unit of 34 philanthropic hospital beds in the RS interior. The data collection period was from September to October 2017, and a validated checklist was used to collect 12 indicators of basic nursing care. Data were collected through observation of the devices used by the patients and consultation of medical records, totaling 135 observations in all work shifts. Data were entered in the Excel® program and analyzed by means of descriptive statistics in the SPSS® program. As results, it was observed that of the 12 only 4 indicators had a compliance index above 70% and the rest with an insufficient compliance index. Thus, the identification of nonconformities in the care process raised with this study contributes to the need for interventions that may propose barriers to avoid the occurrence of adverse events. In this context nurses play a fundamental role in the achievement of permanent education, in developing new forms of teaching and learning, in providing clear communication and humanization links. It is believed that there will always be failures, requiring an organization focused on the creation of an educational culture, not punitive, starting with the analysis of quality indicators.

Keywords: Quality Indicators. Patient Safety. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Qualidade da assistência à saúde	12
3.2 Indicadores de saúde	14
3.3 Segurança do Paciente	15
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	17
4.1 Delineamento da pesquisa	17
4.2 Local e público alvo da pesquisa	17
4.3 Coleta de dados	18
4.4 Tratamento dos dados	19
4.5 Procedimentos éticos	20
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	21
5.1 Resultados	21
5.2 Discussão	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A - Instrumento de Registro de Busca Ativa	36
APÊNDICE B – Guia de critérios para avaliação de grau de conformidade	37
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	39
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	41

1 INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade nos serviços de saúde brasileiros teve início por volta de 1980, decorrente da elevação dos custos assistenciais, avanços tecnológicos e mudança no perfil dos usuários dos serviços de saúde, tornando-se mais ativos e exigentes frente a qualidade dos cuidados oferecidos (CAVALCANTE et al., 2015).

Na atualidade, tem sido meta para as instituições de saúde que prezam pela excelência na segurança dos serviços oferecidos, buscar e manter a qualidade. A qualidade pode ser entendida como um conjunto de atributos que inclui o uso eficiente de recursos, com mínimos riscos para o usuário ou família, alto grau de satisfação dos usuários e alto nível de excelência profissional (GALHARDI; ESCOBAR, 2015).

Para que a meta pela busca da excelência da qualidade seja alcançada pelas instituições de saúde, faz-se necessário a avaliação constante dos serviços oferecidos pela mesma. Quando se fala sobre avaliação da qualidade, destaca-se o autor Avedis Donabedian, autor clássico da área, que defende a avaliação através da tríade Estrutura, Processo e Resultado (SELEGHIM et al., 2010; GABRIEL et al., 2011; GALHARDI; ESCOBAR, 2015; DANTAS et al., 2015).

Segundo Donabedian (1988) a categoria estrutura está relacionada aos recursos humanos, físicos, materiais e financeiros; o processo compreende o cuidado prestado, as atividades que envolvem os profissionais e os usuários, com base em padrões determinados; e o resultado consiste no produto final da assistência prestada, de forma a analisar o estado da saúde e a satisfação de padrões e expectativas.

Dentro deste contexto de avaliação da qualidade, as medidas utilizadas auxiliam a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, além de fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executada (VIEIRA; DETONI; SANTOS, 2006).

O enfermeiro enquanto gestor, precisa analisar os resultados da assistência prestada para (re)definir estratégias gerenciais. A melhoria contínua da qualidade assistencial deve ser considerada por esses profissionais um processo ativo e exaustivo de identificação dos fatores que interferem no processo de trabalho. Isto requer desses profissionais a preparação de instrumentos e a implementação de ações que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (GABRIEL et al., 2011).

A qualidade da assistência está diretamente ligada à segurança do paciente, que pode ser entendida como: ação de impedir, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões

originadas no processo de atendimento médico-hospitalar. Consiste-se em reduzir à um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (CAPUCHO; CASSIANI, 2013; BRASIL, 2014; ARAÚJO et al., 2016).

Vários estudos tem apontado que a qualidade da assistência hoje no Brasil está abaixo do esperado refletindo na segurança do paciente. A falta de dimensionamento e condições inadequadas de trabalho na Enfermagem geram graves consequências aos pacientes aumentando o tempo de internação, o custo do tratamento e a manutenção da qualidade da assistência (BONATO, 2011; BRASIL, 2014; BRAGA; TORRES; FERREIRA, 2015).

Por causa deste cenário, em 2013 foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os serviços de saúde do Brasil. Além disto tem-se como metas internacionais de Segurança do Paciente: a identificação correta do paciente; a melhoria da comunicação entre os profissionais da saúde; a segurança dos medicamentos de alta vigilância; a cirurgia segura; a higienização das mãos e a redução do risco de quedas e lesões por pressão. Estas medidas foram estabelecidas pela *Joint Commission International* (JCI) em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) tendo o objetivo de orientar as boas práticas, visando à redução de riscos e eventos adversos em serviços de saúde (ANVISA, 2017).

Acredita-se, através de leituras realizadas, que avaliação da qualidade da assistência através de indicadores assistenciais torna-se primordial para prover um cuidado com segurança. Os indicadores que mensuram eventos adversos são importantes neste processo pois eles são definidos como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta” (BRASIL, 2014, p. 5). Logo, o potencial evento adverso é definido como um erro grave ou incidente que tenha o potencial para causar evento adverso, mas não ocorreu por acaso ou porque foi interceptado intencionalmente (OMS apud CAPUCHO, 2011; OLIVEIRA; SILVA, 2016).

Atualmente há vários indicadores de saúde, sendo que no cenário hospitalar os indicadores mais utilizados para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem são os relacionados à queda; à perda de sondas; à existência de úlcera por pressão; à eventos adversos e entre outros, sendo estes classificados como indicadores assistenciais e os indicadores gerenciais estão relacionados aos recursos humanos (CINTRA et al., 2010; GALHARDI; ESCOBAR, 2015).

Num estudo realizado por Vituri e Matsuda em 2009, validou-se 12 indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Para estes autores,

uma das formas de avaliar os indicadores assistenciais é por meio da observação in loco do paciente em seu ambiente de internação e da avaliação dos registros contidos no prontuário. Desta forma, tem-se maior controle sobre o que é realizado e o que é registrado, podendo refletir para o alcance de maior efetividade na assistência ao paciente.

Contudo, fica evidente que avaliação da qualidade dos serviços de saúde através de indicadores assistenciais pode proporcionar melhores resultados dentro do cuidado ofertado ao paciente. Pode-se perceber que estes indicadores, estão presentes nas ações diárias de cuidado, e mensurá-los é etapa fundamental dentro do processo avaliativo.

Para Rossaneis et al. (2014), o enfermeiro é um dos profissionais que mais se envolve na implantação e implementação da qualidade nas instituições hospitalares, pois dentro do seu processo de trabalho este profissional tem a oportunidade de interagir diretamente com o paciente para compreender seus anseios e expectativas, aprimorando a prática do cuidar com qualidade.

Com vistas a reflexão realizada nessa sessão introdutória que versa sobre a importância dos indicadores assistenciais dentro do processo avaliativo da qualidade do cuidado em enfermagem, este estudo trouxe o seguinte objetivo principal: avaliar a qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos em unidade de internação clínica-cirúrgica por meio do atendimento a 12 indicadores de qualidade.

Hernández (1998), defende que os indicadores são utilizados para compreender, medir e controlar os problemas de segurança do paciente, sendo fundamentais para o monitoramento do nível de segurança e minimização dos eventos adversos, de forma a identificar os problemas, buscar melhorias e controlar o efeito das intervenções. Além disso os indicadores são medidas utilizadas para descrever uma situação existente, avaliar mudanças ou tendências durante um período de tempo e avaliar, em termos de qualidade e quantidade, as ações de saúde executadas (ROSSANEIS, et al, 2014).

Dessa forma, este estudo torna-se relevante por acreditar que a partir dos resultados obtidos sobre os indicadores assistenciais que avaliam os cuidados básicos da enfermagem pode-se prevenir eventos adversos, demonstrar marcadores de qualidade dentro do padrão estabelecido na literatura e identificar necessidades de melhorias no processo de trabalho de enfermagem, com o intuito de melhorar a assistência oferecida e proporcionar um cuidado seguro e com qualidade ao paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos em unidade de internação clínica-cirúrgica por meio do atendimento a 12 indicadores de qualidade.

2.2 Objetivos específicos

- a) Verificar adequação de cada indicador em relação ao padrão de qualidade estabelecido na literatura;
- b) Identificar a necessidade de melhorias no processo de trabalho da enfermagem;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Qualidade da assistência à saúde

Desde o século XIX, Florence Nightingale já demonstrava preocupação com o progresso da qualidade do cuidado executado aos soldados na Guerra da Criméia, percebendo a importância da qualidade do ambiente onde era realizado o cuidado (MATTIAS et al., 2009). Sendo que a qualidade nos serviços de saúde é definida como o uso eficiente de recursos, com mínimos riscos para o usuário ou família, alto grau de satisfação destes e alto nível de excelência profissional (CINTRA et al., 2010; CAVALCANTE et al., 2015; GALHARD; ESCOBAR, 2015).

As condições de vida e a saúde da população são interferidas pelas transformações demográficas, sociais e econômicas, geram novas demandas para o sistema de saúde, pressionando-o a adaptar-se a um novo perfil de necessidades. No Brasil, a partir da Reforma Sanitária, na década de 80, o setor de saúde vem transformando-se no sentido de sua ampliação e qualificação. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 foi um marco histórico para a saúde devido à ampla participação popular no processo de tomada de decisões e a definição dos princípios que norteiam o SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização administrativa e controle social (CALDANA et al., 2013).

A partir disto, o perfil de exigência da população e a consciência de seus direitos referente ao cuidado prestado pelas instituições de saúde vem aumentando gradativamente. Portanto, para Trochin, Melleiro e Mota (2006), as instituições de saúde também vem em busca da qualidade assistencial, através de discussões entre os profissionais de saúde, principalmente os de atuação gerencial. A competitividade imposta pela globalização tem exigido a associação da excelência e diminuição de custos das instituições (VITURI et al., 2010).

Dentro deste contexto, preconiza-se que a assistência ofertada pelos serviços de saúde sejam de qualidade e seguros, o que ainda é um desafio a ser cumprido, pois conforme inúmeras evidências a falta de qualidade na assistência ainda é uma realidade brasileira.

Os diferentes tipos e métodos de gestão são fatores que influenciam a saúde, a organização e segurança do trabalho. A característica do ambiente e das funções realizadas são fatores decisivos e desencadeante de condições inadequadas de trabalho na Enfermagem, contribuindo para a baixa qualidade da assistência (BRAGA; TORRES; FERREIRA, 2015).

Ou seja, os problemas de saúde e as condições de trabalho estão inter-relacionados. E quando o dia a dia do profissional de enfermagem está cercado de precárias condições

relacionada ao vínculo, à dupla jornada e a desqualificação da assistência prestada, compreende-se a insatisfação e rompimento do processo de trabalho (ALVES, 2013; BRAGA; TORRES; FERREIRA, 2015).

Estudos demonstram que a sobrecarga de trabalho devido à falta de profissionais de enfermagem, os conflitos interpessoais, os avanços tecnológicos hospitalares, precária organização do trabalho, e a escassez de investimentos em capacitação são fatores que interferem diretamente na assistência de qualidade. Tendo como principais consequências a má qualidade de assistência, erros de medicação, sobrecarga de trabalho, quedas e risco de iatrogênias em geral, colocando em risco o paciente (ALVES, 2013; BRAGA; TORRES; FERREIRA, 2015). A falta de qualidade na assistência prestada nos serviços de saúde tem impacto direto na segurança do paciente, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2009.

A busca pela qualidade da assistência tem sido objetivo das instituições de saúde brasileira em virtude não só de atender a exigências legais, bem como, prestar um cuidado seguro ao usuário. Tanto que tem-se percebido uma crescente busca das instituições a atender padrões internacionais de Acreditação (MORAES et al., 2008; BONATO et al, 2011; MANZO et al., 2012).

Acreditação é definida como um sistema de avaliação externa e certificação da qualidade de serviços de saúde. Contém sobremodo educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle governamental. O processo é constituído por três princípios fundamentais: voluntário, periódico e reservado. Ou seja, um processo de avaliação dos recursos institucionais como: as estruturas, os processos de cuidado e os resultados obtidos (CINTRA et al., 2010; BONATO et al, 2011; MANZO et al., 2012; BRASIL, 2014)

O precursor a estudar sistematicamente a questão da qualidade em saúde foi Avedis Donabedian, que descreve a qualidade como a obtenção de maiores benefícios e menores riscos para o usuário, sendo que se definem de acordo com os recursos disponíveis e valores sociais existentes (DONABEDIAN, 1988; MORAIS et al., 2008; GALHARD; ESCOBAR, 2015; DANTAS et al., 2015).

Para a realização da avaliação da qualidade de serviços de saúde, é consenso o modelo da “tríade Donabediana”, baseada nas seguintes dimensões: estrutura, processo e resultado.

Avaliação de estrutura corresponde aos recursos humanos, financeiros, materiais (área física e equipamentos) e ao modelo organizacional da instituição, necessários para a prestação de assistência à saúde de acordo com as necessidades de cada nível de atenção. Avaliação de

processo compreende verificar a adequação das atividades, dos procedimentos e das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde e nas relações entre profissionais e clientes na busca da assistência desde o diagnóstico até o tratamento. Por sua vez, avaliação de resultado refere-se às consequências das ações ou atividades de saúde na população e avançando na avaliação da satisfação do usuário com o atendimento recebido (GALHARD; ESCOBAR, 2015).

Através da tríade citada acima, entende-se que a identificação/ monitoramento de problemas e/ou inadequações auxiliam na idealizações e estabelecimento de ações locais por gestores e profissionais. A monitorização da qualidade é caracterizada por exercício de vigilância contínua, com detecção precoce de desvios e correção dos mesmos (INOUE et al., 2015; GALHARD; ESCOBAR, 2015).

Dentro deste contexto, a enfermagem desempenha papel fundamental no acompanhamento da qualidade do serviço prestado por ter atuação direta tanto na gestão dos serviços quanto na assistência prestada, fazendo parte da rotina profissionais de enfermagem. Para que isto aconteça é necessário o controle da qualidade da assistência fundamentado em avaliações sistematizadas do cuidado, através de indicadores que evidenciem sua evolução ao longo do tempo e permitam a comparação com referenciais internos e externos (CALDANA et al., 2013).

Na mesma linha de pensamento Cavalcante et al. (2015), propõe que, os enfermeiros devem utilizar metodologias de planejamento e organização dos serviços, buscando a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários. Uma das ferramentas utilizadas são os indicadores de qualidade da equipe de enfermagem, pois as mesmos permitem a compreensão de elementos complexos, tornando-os mensuráveis, para avaliação e alcance dos resultados desejados.

3.2 Indicadores de saúde

Os indicadores de saúde são instrumentos importantes para avaliação dos serviços de saúde. Gabriel et al. (2011) e Cavalcante et al. (2015) afirmam em seus estudos que Indicadores de qualidade são ferramentas utilizadas para compreender situações, analisar tendências ou mudanças ocorridas ao longo do tempo, permitindo a comparação entre referencias interna e externas. Contudo, o indicador de qualidade de enfermagem deve ser mensurável, claro, objetivo e útil, favorecendo a geração de melhorias.

Conceitua-se os indicadores como ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional, ou seja, são medidas utilizadas como auxílio para descrever a situação atual de

um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executada (VIEIRA; DETONI; SANTOS, 2006).

Segundo Vieira, Detoni e Santos (2006), os indicadores se diferenciam em simples ou compostos. O primeiro são indicadores autoexplicativos. São utilizados para realizar avaliações setoriais e cumprimento de pontos de programa de saúde, facilitando conclusões rápidas e objetivas. O segundo, são um conjunto de aspectos da realidade. Agrupam em um único número, vários indicadores simples, produzindo algum tipo de média entre eles. Bem como, determinar os indicadores que terão importância diferenciada (“peso”) para a determinação do resultado final.

Logo, permite avaliar, sistematicamente, o processo de trabalho em uma instituição, a fim de subsidiar avanços para o serviço. A elaboração e validação de indicadores que permitam a comparação entre unidades hospitalares e outras instituições têm sido uma preocupação dos gestores dos serviços hospitalares (CAVALCANTE et al., 2015).

3.3 Segurança do Paciente

Em 2013 o Ministério da Saúde (MS), lançou a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Constituem-se objetivos específicos do PNSP (BRASIL, 2014):

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente; III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

O Protocolo de Segurança do paciente, tem como primeira meta a Identificação do paciente, com o objetivo de reduzir a ocorrência de incidentes com o paciente. Para que este processo ocorra deve-se assegurar que o cuidado seja individualizado, com a inserção do paciente e familiar neste cuidado (BRASIL, 2013).

Um fator que deve ser observado é a importância de que quando o paciente apresentar edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares ou qualquer outra intercorrência, deve ser realizado rodízio do local de colocação da pulseira de identificação, de acordo com as necessidades do paciente e registro no prontuário do mesmo (BRASIL, 2013).

O paciente que está sob os cuidados da enfermagem necessita de uma assistência de qualidade e de segurança, onde devem ser utilizados metodologias e critérios bem organizados e articulados, que permitam uma adaptação dos recursos humanos às verdadeiras necessidades da assistência. Duas questões motivaram a OMS a eleger os protocolos de segurança do paciente: o pouco investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 Delineamento da pesquisa

Com a finalidade de contemplar os objetivos propostos neste estudo, foi realizado uma pesquisa descritiva observacional, de abordagem quantitativa, do tipo transversal. A abordagem quantitativa é determinada pelas seguintes características: mensuração, análise, replicação e aplicação do conhecimento adquirido. Incorpora o método da observação/ descrição objetiva, a mensuração exata, a quantificação de variáveis, a análise matemática e estatística, os métodos experimentais e a confirmação por meio da replicação (MCEWEN; WILLS, 2015).

De acordo com autor anterior, a pesquisa quantitativa trabalha com variáveis, emprega recursos rígidos e análise estatística para classificar e analisar estabelecendo padrões e comprovação de teorias. Este tipo de pesquisa é mais indicada para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são suscetíveis de generalização, sobretudo quando as amostras pesquisadas representam, com fidelidade, a população de onde foram retiradas (FONTELLES et al., 2009; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Conforme sua complexidade pode ser classificada como descritiva ou analítica. Neste estudo será abordado somente a pesquisa descritiva e transversal. A descritiva tende a observar, registrar e descrever o fato em si e as características de um determinado acontecimento advindo em uma amostra ou população, estuda relações entre variáveis, sem interferir nos resultados. E a transversal, a pesquisa é efetivada em um curto período de tempo, em um determinado momento (FONTELLES et al., 2009; LACERDA; CONSTENARO, 2016).

4.2 Local e público alvo da pesquisa

O estudo foi realizado numa unidade de internação clínica-cirúrgica de um hospital de médio porte, situada no interior do Rio Grande do Sul.

Trata-se de instituição filantrópica, que atende pacientes de média e alta complexidade. Possui 81 leitos de internação, e realiza, em média, 500 procedimentos cirúrgicos mensais nas mais variadas especialidades médicas. Conta ainda com Centro de Terapia Intensiva adulto. A unidade de internação onde os dados foram coletados dispõe de 34 leitos destinados a pacientes adultos nas especialidades clínicas e cirúrgicas, todos atendidos pelo Sistema Único de Saúde.

O público alvo foram todos os pacientes internados na unidade nos dias de coleta de dados e que tiveram autorizada a sua abordagem e consulta a seus respectivos prontuários. O critério de inclusão foram pacientes internados no mínimo a 24 horas.

4.3 Coleta de dados

Após a autorização da coleta do dados pela instituição e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado agendamento dos horários e dias da coleta junto à coordenação do setor. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um instrumento adaptado de estudo anterior, denominado “Instrumento de Registro de Busca Ativa” (APÊNDICE A). Este instrumento foi elaborado e validado previamente (VITURI e MATSUDA, 2009) e investiga o atendimento a 12 indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na prevenção de eventos adversos. Neste estudo adaptou-se este instrumento, não sendo utilizado o indicador “*Identificação de lesões cutâneas pós infiltrativas*” devido ao fato de que sua mensuração pode não estar exclusivamente associada aos cuidados de enfermagem, de forma que condições inerentes ao próprio paciente e material utilizado podem influenciar na avaliação deste indicador, o que o torna subjetivo. Também optou-se por não utilizar o indicador “*checagem de procedimentos de enfermagem na prescrição médica*” uma vez que, os procedimentos de enfermagem não são prescritos pelo profissional médico. Em substituição a estes dois indicadores, foram utilizados os indicadores identificação de medicações endovenosas e identificação de risco de lesão por pressão, uma vez que, também referem-se a importantes aspectos da assistência de enfermagem e estão contemplados na metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente.

O instrumento (APÊNDICE A) contemplou desta forma os seguintes indicadores: 1) Identificação do leito do paciente internado; 2) Identificação de acessos venosos periféricos; 3) Identificação de equipo para infusão venosa; 4) Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão; 5) Identificação de sondas gástricas e enterais; 6) Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese; 7) Identificação de medicações endovenosas; 8) Identificação de risco para queda do leito a menos de 24 horas; 9) Identificação de risco de lesão por pressão a menos de 24 horas; 10) Verificação completa do controle de sinais vitais a menos de 6 horas; 11) Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro a menos de 24 horas; 12) Evolução de enfermagem a menos de 24 horas.

Este instrumento foi aplicado pela própria pesquisadora durante o mês de setembro e outubro, em 08 dias alternados e turnos aleatórios. Foi contemplado a observação dos três turnos de trabalho existentes na instituição, manhã (07 às 13hs), tarde (13h às 19h) e noite (19h às 7h).

Para preenchimento deste instrumento foi realizada a visita ao leito de todos os pacientes que estavam internados no momento da coleta de dados na unidade e que atenderem aos critérios de inclusão e mediante o consentimento do enfermeiro responsável pela unidade no momento da coleta. Foi feita observação dos seguintes itens que constam no instrumento: Identificação do leito do paciente internado; Identificação de acessos venosos periféricos; Identificação de equipos para infusão venosa; Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão; Identificação de sondas gástricas; Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese; e Identificação de medicações endovenosas.

Além disso foram coletados dados do prontuário destes pacientes para verificação dos indicadores: Identificação de risco para queda do leito a menos de 24 horas, Identificação de risco de lesão por pressão a menos de 24 horas; Verificação completa do controle de sinais vitais a menos de 6 horas; Elaboração da prescrição diária e completa pela enfermagem a menos de 24 horas; Evolução de enfermagem a menos de 24 horas.

Para o preenchimento do instrumento de Registro de busca ativa e posterior análise do grau de conformidade de cada indicador elaborou-se um guia com critérios para avaliação do grau de conformidade de cada indicador observado (APÊNDICE B) conforme recomendação do referencial científico adotado.

Também foram coletadas informações a respeito do perfil sociodemográfico (sexo e idade) e profissional da equipe de enfermagem (tempo de atuação na unidade). Estas informações foram coletadas junto à Coordenação de Enfermagem da instituição.

4.4 Tratamento dos dados

Os dados coletados foram registrados em banco de dados no software Excel e após realizado a análise estatística descritiva pelo software SPSS® versão 20.0, por meio do cálculo de prevalência de adequação de cada indicador mensurado. Desta forma, cada indicador foi transformado em percentuais de adequação conforme o guia com critérios para avaliação do grau de conformidade baseado nas recomendações do referencial científico adotado, apresentando-se os valores em frequência absoluta e relativa. Este indicador considera como

ideal que deve haver 100% de adequação para todos os indicadores avaliados (VITURI et al., 2010). Para o cálculo foi utilizada a fórmula abaixo:

$$\frac{\text{Número de observações que atenderam aos critérios de adequação}}{\text{Número total de onservações}} \times 100$$

Posteriormente, com o objetivo de classificar a qualidade da assistência de enfermagem ilustrada por cada indicador, os dados foram analisados de acordo com o Índice de Conformidade adaptado de estudos anteriores (HADDAD; ÉVORA, 2008; VITURI et al., 2010; TRES et al., 2016).

Desta forma classificou-se a qualidade dos cuidados de enfermagem avaliados conforme o percentual de respostas positivas em: Assistência segura (quando houve 100% de adequação ao padrão de qualidade estabelecido); Assistência adequada (90 a 99% de adequação); Assistência desejável (80 a 89% de adequação), Assistência limítrofe (70 a 79% de adequação); e Assistência insuficiente (Inferior a 70% de adequação).

4.5 Procedimentos éticos

Este trabalho foi primeiramente submetido à instituição cenário do estudo para aprovação de sua realização e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Universidade de Santa Cruz do Sul.

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul – CEP/ UNISC, segundo os critérios estabelecidos na Resolução CNS/MS 466/2012. CAAE: 73151317.9.0000.5343 com parecer favorável. Número do Parecer: 2.358.166 (ANEXO A).

Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) ao enfermeiro responsável pela unidade de internação no momento de inserção da pesquisadora no cenário de estudo. Assim, os sujeitos que consentiram em participar, assinaram o TCLE em duas vias de igual teor, ficando uma com a pesquisadora e outra com o sujeito voluntário participante. Foram disponibilizadas informações a respeito da pesquisa, respeitando assim a autonomia e o direito de decidir quanto à participação ou não do estudo, mesmo da desistência após consentir.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Resultados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro 2017 a outubro de 2017, totalizando 8 dias, em todos os turnos de trabalho, com média de 17 observações/dia. Sendo que no turno da manhã foram realizadas três observações. No turno da tarde foram duas observações e à noite três observações.

Ao final da coleta, totalizaram-se 135 observações relacionadas aos 12 indicadores de cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos na clínica médica-cirúrgica proposta para este estudo.

Ressalta-se que alguns dos indicadores constantes no instrumento não puderam ser aplicados a todos os pacientes, uma vez que, não faziam uso de algum dos dispositivos avaliados ou a informação não foi avaliada no momento da coleta.

A relação dos indicadores avaliados e a prevalência de adequação encontrada estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Avaliação da adequação dos indicadores de qualidade dos cuidados básicos de enfermagem na prevenção de eventos adversos em unidade de internação clínico-cirúrgico, RS, 2017.

INDICADORES	Adequação		Inadequação	
	n	%	n	%
Identificação do leito do paciente internado;	131	97,8%	3	2,2
Identificação de acessos venosos periféricos;	67	69,1%	30	30,9
Identificação de equipos para infusão venosa;	65	90,3%	7	9,7
Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão;	3	5,6%	51	94,4
Identificação de sondas gástricas e enterais;	17	60,7%	11	39,3
Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese;	1	4,5%	21	95,5
Identificação de medicações endovenosas;	4	8,5%	43	91,5
Identificação de Risco para queda do leito <24h;	102	76,7%	31	23,3
Identificação de Risco de lesão por pressão <24h;	63	46,7%	72	53,3
Verificação completa do controle de sinais vitais < 6h;	14	10,5%	119	89,5
Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro <24h;	2	1,5%	133	98,5
Evolução de Enfermagem <24h;	135	100%	0	0

Adotando por base os valores de Índice de Conformidade (IC) (QUADRO 1), ou seja, o percentual de respostas positivas baseado nos critérios estabelecidos para avaliação do grau de adequação de cada indicador observado, verificou-se que dos 12 indicadores avaliados,

apenas um, “Evolução de enfermagem em menos de 24 horas”, apresentou 100% de IC, sendo classificado como assistência segura. Dois indicadores “Identificação do leito do paciente internado” (97,8%) e “Identificação de equipos para infusão venosa” (90,3%) apresentaram IC adequado. Como IC limítrofe foi classificado o indicador “Identificação de risco de queda no leito <24h” (76,7%).

Dentre os oito indicadores restantes, todos foram classificados com IC insuficiente, sendo eles: “Identificação de acessos venosos periféricos” (69,1%), Identificação de sondas gástricas e enterais (SNE/SNG) (60,7%), Identificação de Risco de lesão por pressão <24h (46,7%), Verificação do controle de sinais vitais < 6h (10,5%), Identificação de medicações endovenosas (8,5%), Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão(5,6%), Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese (4,5%), Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro <24h (1,5%).

Quadro 1. Critérios de classificação da qualidade da assistência de enfermagem

Qualidade da Assistência (QA)	Índice de Conformidade (IC)
Assistência segura	100% de adequação
Assistência adequada	90 a 99% de adequação
Assistência desejável	80 a 89% adequação
Assistência limítrofe	70 a 79% de adequação
Assistência insuficiente	Inferior a 70% de adequação

Fonte: Adaptado de (HADDAD; ÉVORA, 2008; VITURI et al., 2010; TRES et al., 2016).

Em relação à caracterização da unidade de internação avaliada, que dispõe de 34 leitos, esta apresentou uma taxa de ocupação de 75,4% em setembro e de 68,9% em outubro. O perfil dos pacientes que internam na unidade são na maioria pacientes oncológicos, uma vez que, a instituição é referência em alta complexidade na área Oncológica, e muitos deles encontravam-se em cuidados paliativos.

Em relação à caracterização da equipe, esta era composta por 22 Técnicos de Enfermagem, distribuídos de forma que sempre há na escala 5 funcionários no turno da manhã, 4 turno da tarde e 3 em cada noite. Sendo ainda que 2 técnicos de enfermagem atuam em horário intermediário entre os turnos da manhã e tarde. E há 5 funcionários que cobrem a escala de folgas e férias. Quanto ao número de Enfermeiros, há sempre um por turno, totalizando quatro enfermeiros na escala da unidade. No que se refere aos técnicos de enfermagem atuantes durante o período de coleta de dados, observou-se predominância do sexo feminino, que correspondeu a 96,15 (%) da amostra, com idade média de 30 a 40 anos ($\pm dp$) anos e tempo

médio de atuação no setor de seis anos. Em relação ao tempo de atuação dos enfermeiros no setor observou-se um tempo médio de 3,25 anos, sendo que o enfermeiro que está há mais tempo no setor é há 5 anos, e um estava apenas há 1 mês.

5.2 Discussão

A partir dos dados levantados pode-se observar que muitos indicadores demonstraram baixa adequação, apenas quatro tiveram frequência acima de 70%, sugerindo possíveis lacunas no processo assistencial de enfermagem. Estudos anteriores que também investigaram estes desfechos, tem achados semelhantes a este estudo (MENEGUETI et al., 2012; MURASSAKI et al., 2013; BUSANELLO et al., 2015; MENEZES; D'INNOCENZO, 2013). Desta forma pode-se contextualizar que inadequações no processo de trabalho tem sido uma realidade no mundo do trabalho, e que mensurá-las é um forma de retratar a realidade com o objetivo de propor melhorias.

Ressalta-se que a existência dessas inadequações não significa que nesta realidade pesquisada, elas estejam repercutindo em incidentes aos pacientes, porém elas aumentam a possibilidade de que os mesmos ocorram e precisam ser pensados dentro de uma cultura da segurança. Até porque muitos dos indicadores que foram avaliados, apesar de serem indicadores na prevenção de eventos adversos, não são causadores de danos graves e irreparáveis.

A segurança do paciente entendida como a redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, tem sido tema prioritário de discussão nos serviços de saúde (BRASIL, 2013). De forma que a avaliação de indicadores assistenciais tem sido foco de inúmeros estudos com o objetivo de reconhecer a necessidade de intervenções para propor barreiras que limitem ou impeçam a ocorrência de eventos adversos decorrentes da assistência. Considerando-se evento adverso como o incidente que resulta em dano ao paciente, de forma que aponta-se uma prevalência de 4 a 16% de eventos adversos de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos (BRASIL, 2017).

Atualmente está muito bem estabelecido na literatura o modelo do “Queijo Suíço” proposto em 1990 por James Reason, esse modelo apresenta várias fatias de “Queijo Suíço” colocadas lado a lado como barreiras à ocorrência de erros. Em determinadas situações os buracos do queijo se alinham, permitindo que um erro passe pelas várias barreiras causando o dano. Ou seja, demonstra a ocorrência de falhas no sistema, como os incidentes que ocorrem na prestação da assistência ao paciente (FERNADES ET AL, 2014).

Segundo o mesmo autor, “os seres humanos são falíveis e os erros podem acontecer mesmo nas melhores organizações. Erros são vistos como consequências e não causas, tendo sua origem não tanto na natureza humana, mas em fatores sistêmicos” (FERNANDES et al., 2014, p. 250).

Desta forma a identificação de inconformidades no processo assistencial levantadas com este estudo vem a contribuir com a necessidade de intervenções que venham a propor barreiras para evitar a ocorrência dos eventos adversos. Tanto que recentemente foi publicado manual pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária que com o objetivo de instrumentalizar as instituições de saúde na investigação de eventos adversos relacionados a assistência à saúde como estratégia para a gestão de riscos (BRASIL, 2017).

Reconhece-se que ocorrência de eventos adversos tem um importante impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) por acarretar no aumento na morbidade, na mortalidade, no tempo de tratamento dos pacientes e nos custos (BRASIL, 2017).

Observou-se que muitos dos indicadores que tiveram prevalência de adequação abaixo do esperado estão relacionados a administração de infusões venosas. Este resultado também é encontrado em outro estudo, onde descreve que os fatores que favorecem o risco de eventos adversos em relação a administração de infusões venosas são a falta de atenção durante o preparo do medicamento, sobrecarga de trabalho, informações incompletas ou erro nas prescrições, dentre outros (GALIZA et al., 2014).

De forma que verificou-se que o preenchimento incompleto do rótulo, controle do gotejo e do tempo de infusão, foram os critérios que fizeram com que estes indicadores apresentassem baixo índice de conformidade. A falta do atendimento a estes itens pode gerar brechas à ocorrência de eventos adversos, consequentemente interferindo no tempo de internação do paciente ou causando danos ao mesmo (MURASSAKI et al., 2013; GALIZA et al., 2014).

Isto vem ao encontro do que tem sido revelado por estudos que investigaram o tipo mais comum de erro clínico no ambiente hospitalar, apontando que o erro de medicação é o tipo mais comum, sendo que as falhas podem estar relacionadas aos produtos usados, aos procedimentos, problemas de comunicação, à prática profissional, podendo ocorrer em qualquer etapa do sistema de utilização de medicamentos, desde a prescrição até a administração dos medicamentos (USP, 2010; GALIZA et al., 2014).

Neste caso, as inadequações observadas neste estudo estão relacionadas à prática profissional, em que no processo de trabalho muitas vezes se banaliza pequenos detalhes como o preenchimento completo de rótulos (PADILHA; MATSUDA, 2011). Em relação à **“Identificação de equipos para infusão venosa”**, observou-se a presença de data no equipo e

o tempo de validade do mesmo, que teve como resultado das observações 90,3% Índice de Conformidade (IC) adequada. Apesar de existirem etiquetas padronizadas na instituição deste estudo para tal prática, algumas vezes o preenchimento não foi realizado. Ocorrência desse tipo podem ter contribuir para que a troca dos equipos não fosse realizada dentro dos prazos recomendados, o que deve acontecer a cada 72h. (ANVISA,2017).

No estudo de Murassaki et al. (2013), apresenta nível insuficiente em relação ao indicador de identificação de equipos pra infusão venosa. De acordo com o mesmo autor a ausência ou identificação inadequada do equipo, para infusão venosa, impossibilita o profissional de enfermagem determinar e respeitar os prazos de troca. “Condutas desse tipo expõem os clientes a riscos de adquirir infecção associada, o que pode resultar em danos ao cliente, à família e à instituição, além de um maior tempo de permanência e, consequente, aumento nos custos da internação” (MURASSAKI et al., 2013, p. 14).

Em relação ao indicador **“Identificação de frascos de soro e controle de velocidade”** e ao indicador **“Identificação de medicações endovenosas”**, ambos tiveram resultado de assistência insuficiente devido ao preenchimento incompleto do rótulo. Uma vez que na maioria não constavam o nome completo do paciente e o término previsto da infusão. Estas mesmas observações ocorreram no estudo de Padilha e Matsuda (2011), sendo que estes achados podem comprometer a segurança do paciente, uma vez que pode gerar dúvidas e erros no momento da instalação da solução, principalmente se existirem pacientes com nome semelhante ou igual na unidade.

Murassaki et al. (2013) reforça a importância da administração segura de infusões venosas contínuas, através da identificação completa do rótulo e imprescindível a assinatura do profissional responsável, o que é extremamente reforçado em vasta literatura científica sobre os cuidados de enfermagem na administração de medicamentos.

Além deste aspecto da importância da identificação do profissional no rótulo das infusões, ela também é relevante para que se possa identificar o profissional, de forma que se tenha informações mais pontuais e individualizadas da necessidade de capacitação deste profissional que possa a vir cometer alguma falha na assistência. Dentro de um contexto de não punição, mas de cultura da segurança. Objetivo é não punir o profissional com o erro cometido, mas sim, aprender com ele.

Outro fator que pode contribuir para a ocorrência de erros, embora este não tenha sido o objetivo deste estudo, mas é importante contextualizar, é a sobrecarga de trabalho. Em um estudo realizado em Diamantina/MG em 2010, observou-se que o fator mais relevante para a ocorrência de erros de medicações é caracterizado pelo excesso de trabalho e responsabilização

por muitos pacientes, sendo estes responsáveis por 30% dos erros, seguidos por 22% caracterizados por poucos profissionais, 21% falta de atenção, 11% pouca experiência ou conhecimento insuficiente, 6% prescrições inadequadas, 5% cansaço e estresse, 4% tumulto e ambiente desfavorável, 1% falta de recursos (PRAXEDES; FILHO, 2011).

No cenário avaliado, não foi mensurada a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem, porém sabe-se que a unidade caracteriza-se por atender a pacientes em sua maioria debilitados e em cuidados paliativos o que pode demandar por alta carga de trabalho.

No mesmo contexto da falta de identificação das infusões, também observou-se que houve também baixa prevalência de identificação de sondas gástrica e enterais, bem como de acessos venosos. Os motivos que levam a isso também podem estar relacionados as mesmas considerações feitas em relação as inadequações de identificação das infusões venosas discutidas anteriormente. Quanto a **“Identificação de sondas gástricas e enterais”**, os critérios adotados para sua avaliação foram a presença de dados de identificação e data conforme recomenda a literatura (PERRY, POTTER; ELKIN, 2013; VITURI; MATSUDA 2009). Este indicador apresentou 60,7% de IC, sendo considerado como insuficiente devido ao fato de que em muitas observações contavam apenas a data da troca de fixação da sonda. Desta forma não foi possível avaliar a quanto tempo o paciente estava com a sonda SNG/SNE e nem o profissional responsável pela sua inserção. Porém acredita-se que este dado estivesse registrado em prontuário, porém não foi avaliado neste estudo. Sugere-se a identificação na extremidade da sonda para melhor controle da validade.

A inadequação do indicador **“Identificação de acessos venosos periféricos”** de 30,9%, foi devido ao fato de que os acessos avaliados estavam expostos a sujidade e/ou com rótulos incompletos. A realização da troca da cobertura a cada 48 horas ou quando independente do prazo, estiver suja, solta ou úmida, diminui de quatro à doze vezes o risco de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS) (ANVISA, 2017).

No indicador **“Identificação de leito do paciente internado”**, observou-se a presença de pulseira de identificação em um dos membros superiores do paciente, com mais de dois itens de identificação (nome completo do paciente, data de nascimento) e/ou identificação na cabeceira do leito. Este indicador teve com 97,8% de adequação, classificando a assistência como adequada. Este resultado positivo é de grande importância para garantia da segurança do paciente no processo assistencial, conforme a primeira meta da segurança do paciente (ANVISA, 2017).

Em relação ao indicador **“Verificação de sinais vitais a menos de 6 horas”**, o IC foi classificado como insuficiente. Este valor deu-se devido a incompleta verificação dos quatro

sinais vitais. Dentre os itens avaliados a verificação da frequência respiratória, foi o que apresentou menor número de verificações. No estudo de Luz, Martins & Dyniewicz (2007), os dados encontrados referentes a verificação de sinais vitais, também apresentam a não verificação da frequência respiratória. Sabe-se que a verificação de sinais vitais são importantes para o acompanhamento da evolução da hemodinâmica do paciente e glosa dos prontuários.

Ressalta-se que embora não seja considerado um sinal vital, a oxímetria é vista rotineiramente na unidade em todos os pacientes. Desta forma, aponta-se que este parâmetro tem sido verificado na prática assistencial em substituição a verificação da frequência respiratória, porém não há qualquer respaldo na literatura que justifique esta prática.

No indicador referente à **“Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese”**, obteve-se IC de apenas 4,5% resultando em assistência insuficiente, em decorrência principalmente pela não fixação da sonda vesical de demora. O mesmo apresentou-se no estudo de Meneguetti et al. (2012), em que apenas 7% das sondas observadas estavam fixadas. A fixação adequada da sonda vesical de demora segundo Cauduro e Ferreira (2017), é aquela realizada em homens na região do hipogástrico e em mulheres na face interna da coxa, com o objetivo de evitar a tração do dispositivo que ocasiona lesões na uretra e no colo vesical durante a mobilização no leito, ou com pacientes agitados/desorientados. Estas lesões causam abertura da mucosa do trato urinário e favorecem a migração de agentes potencialmente infecciosos, bem como comprometem os tônus vesical da bexiga. Entretanto, se tivesse sido mensurado no check list de verificação deste estudo somente o posicionamento da bolsa coletora, o resultado seria de assistência segura, pois todas as bolsas estavam abaixo do nível da bexiga e desclampeadas. O mesmo resultado foi obtido no estudo de Meneguetti et al (2012) com 100% de adequação.

No entanto, o indicador que se refere à **“Identificação de Risco de queda do leito a menos de 24h”** onde observou-se o registro da Escala de Morse, que teve como resultado 76,7% de IC. Dentre as estratégias para redução dos incidentes de segurança, a prevenção da queda durante a hospitalização é uma das metas estabelecidas pelo PNSP, estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia e que os danos ocorrem em até 50% dos casos. O risco para quedas no ambiente hospitalar pode ser monitorado por meio de escalas validadas para este fim, como a Morse (ABREU et al., 2012; ANVISA 2017).

A Escala de Morse (EM), é constituída pelos seguintes critérios de avaliação: histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado, marcha e estado mental. Onde cada um dos critérios citados ao ser

avaliado recebe uma pontuação que varia de zero a 30 pontos, totalizando um escore de risco final a partir da soma de todas as pontuações dos respectivos critérios, a saber: risco baixo, de 0 – 24; risco médio, de 25 – 44 e risco alto, ≥ 45 (INOUE et al., 2011; TRES et al., 2016).

Em relação “**Identificação de risco de lesão por pressão a menos de 24h**”, observou-se se havia o registro de realização da Escala de Braden (EB), instrumento que auxilia a identificar o risco para Lesão por pressão (LP) nas últimas 24 horas. No estudo de Santos et al. (2013), verificou-se que dentre os 188 pacientes apenas 36 (19%) deles apresentaram registros nas evoluções de enfermagem. Diante disto, ressalta-se que a falta de registro de indicadores pode dificultar a qualidade da assistência em saúde.

Em outro estudo citado por Santos et al. (2013), em um hospital universitário paulista investigou-se o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a avaliação, classificação e prevenção da lesão por pressão, constatando que todos os profissionais desta categoria apresentavam déficit de conhecimento sobre o tema e necessitavam de educação permanente.

Referente a escala de *Braden* na instituição, a mesma é realizada a cada 48 horas ou pós operatório, o que também houve evidência em uma pesquisa realizada por Fernandes e Caliri (2008), que ressaltam que a primeira medida a ser tomada para prevenção da lesão por pressão é a determinação do risco do paciente para o desenvolvimento da lesão. Desde modo, precisa ser realizada na admissão do paciente e pelo menos a cada 48 horas, ou quando ocorrer alteração em suas condições de saúde.

O indicador “**Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro a menos de 24h**”, foi um dos indicadores com menor índice de conformidade, obtendo-se 1,5%. Este resultado deve-se pelo fato de não ser rotina na unidade de estudo a realização de Prescrição diária de enfermagem, sendo feita apenas em situações pontuais. Porém é feito diariamente a Evolução de enfermagem. Contudo, entende-se que desta a forma não está sendo realizado todas as etapas do Processo de Enfermagem (PE) que segunda Horta (1979), são seis etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem.

Na instituição deste estudo, não está implantado a realização do PE em todas as suas etapas até o momento, sendo que para tanto há que se readequar o dimensionamento de pessoal, pois há apenas 1 enfermeiro por turno de trabalho, ficando desta forma responsável pelos 34 leitos, o que inviabiliza a realização de prescrição diária, dentre todas as outras atribuições do enfermeiro.

Porém em outro estudo realizado por Silva et al. (2012), obteve padrão de qualidade satisfatório. Observou-se que em 88,5% dos prontuários analisados havia prescrições de

enfermagem diárias. Mesmo que teve resultado positivo, o mesmo autor relata que o registro do processo de enfermagem tornou-se desinteressante, sendo justificado pela falta de tempo, relacionado ao número excessivo de pacientes e à insuficiência de enfermeiros.

Quando analisado o indicador “**Evolução de enfermagem a menos de 24h**”, observou-se 100% de conformidade desejável. A evolução de enfermagem é o registro realizado após a avaliação do estado geral do paciente, com o objetivo de guiar o planejamento da assistência a ser prestada e informar o resultado das condutas de enfermagem implementadas. Servindo de respaldo legal, indicador da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente, sendo imprescindível para a implantação efetiva da SAE nas Instituições de Saúde (SILVA et al., 2012; NEVES; SHIMIZU, 2010)

Quando se tem a implementação da sistematização da assistência de enfermagem é possível que o enfermeiro realmente desempenhe seu papel na gestão do cuidado, uma vez que Sistematizar a assistência de enfermagem envolve implementar o Processo de Enfermagem, no qual a partir da definição do problema do paciente, o enfermeiro estabelece um plano detalhado de cuidados que deve ser devidamente implementado e documentado. O processo de enfermagem é um método de trabalho que procura ser um instrumento da prática profissional e que deveria ser aplicado em toda atividade profissional do enfermeiro (OLIVEIRA, 2016).

Contudo, a principal lacuna encontrada ao avaliar estes indicadores aponta para a necessidade de revisão dos processos assistenciais para poder identificar formas de corrigir estes detalhes na execução da assistência, como falta de identificação em dispositivos e rótulos por exemplo, que podem acarretar em brechas para a ocorrência de incidentes na assistência. E que talvez o melhor caminho para a melhora destes indicadores seja a implantação da SAE, pois se terá melhor dimensionamento de pessoal, revisão dos protocolos e principalmente a organização da assistência de enfermagem visando a otimização do tempo da equipe, refletindo na melhora da qualidade do cuidado, reduzindo danos e riscos à saúde dos pacientes.

Em relação a caracterização do tempo de atuação dos enfermeiros no setor, pode-se colocar que talvez o fato de alguns deles estarem a pouco tempo atuando, pode ter refletido nos resultados encontrados. Pois algumas vezes a pouca experiência para saber lidar com o imprevisto, para liderar a equipe, posturas inadequadas como a omissão dos erros, entre outros fatores, podem repercutir na assistência. Diante disto, torna-se um desafio para o enfermeiro saber lidar com estas dificuldades. É necessário utilizar estratégias para que as relações interpessoais da equipe de enfermagem torna-se uma relação de confiança e empatia, para que a partir de então o enfermeiro possa conduzir o trabalho de sua equipe.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a construção deste estudo pode-se compreender o quanto pode ser complexa a segurança do paciente e que os fatores relacionados a estrutura, processo e resultado precisam ser analisados em conjunto para que ocorra a assistência com qualidade no serviço de saúde.

Ao ter mensurado estes indicadores relacionados a cuidados básicos de enfermagem foi possível observar que o cuidado geralmente está mais baseado em rotinas institucionais, no que em evidências, pois muitas vezes não se observa os profissionais refletindo sobre os resultados de seu trabalho e a forma como executam ele.

Coloco rotinas institucionais no sentido de que os profissionais com maior tempo de atuação podem geralmente acabar trabalhando de forma engessada e inflexíveis à mudança, levando à possibilidade de repassar esta prática para os novos profissionais, dando desta forma continuidade a estas rotinas. Além disto, sabe-se a partir de vários referenciais teóricos que profissionais mais antigos normalmente tornam-se resistentes à novos conhecimentos e estratégias para a mudança de cenário, dificultando estabelecimento de novas rotinas em seu ambiente de trabalho.

Diante deste contexto o enfermeiro tem papel fundamental para a realização da educação permanente, desenvolver novas formas de ensino e aprendizado, proporcionar vínculos de comunicação clara e humanização. No entanto, sabe-se que um dos obstáculos em fazer estudos e ou intervenções a respeito de eventos adversos da assistência é o comportamento de se querer omitir ou até “escondê-los”, pois por muito tempo teve-se uma cultura punitiva em relação aos erros. O abandono de práticas punitivas em favor de um cultura de segurança faz com que possa haver a evolução do serviço, construindo nova forma de fazer gestão dando suporte para que se identifique e aprenda a partir das falhas.

Acredita-se que sempre haverá falhas, sendo necessária uma organização voltada para a criação de uma cultura educativa, e não punitiva, tendo como ponto de partida a análise de indicadores de qualidade.

Ao finalizar gostaria de colocar que durante minha trajetória profissional como técnica de enfermagem tive preferência pela área hospitalar, por estar fortemente associada a assistência direta ao paciente. Nesta época entendia que a assistência de enfermagem estava relacionada somente com os cuidados básicos de enfermagem (banho de leito, punção de cateter periférico, instalação de soluções endovenosas, instalação de dieta, mensuração de drenagem vesicais, mudança de decúbito, evoluções, entre outros procedimentos).

Porém, durante minha caminhada como acadêmica no Curso de Graduação em Enfermagem e com a realização deste trabalho, oportunizou a compreensão de que a assistência de enfermagem vai além do cuidado direto com o paciente, e abrange uma série de ações que permeiam este cuidado para que ele seja realizado de forma individualizada, eficiente e com qualidade. Compreendi, também, que aquelas ações desenvolvidas por mim enquanto técnica de enfermagem e que naquela perspectiva da época eram apenas cuidados básicos de enfermagem delimitados à função exercida, na verdade também podem ser considerados indicadores importantes de qualidade dos serviços, juntamente com outros indicadores assistências.

Atualmente, entendo que mensurar aspectos relacionados a sondagens enterais e vesicais, da periodicidade da mudança de decúbito, da identificação na fixação de cateter, do controle rigoroso e identificação de infusões endovenosas, evolução e prescrição de enfermagem, são ações importantes dentro do cuidado, para compreender se o mesmo está sendo realizado da melhor forma para o paciente.

Acredito através das minhas vivências que a enfermagem é fundamental para a garantia da assistência de qualidade e cuidado seguro ao paciente. Porém, torna-se necessário conhecimento e compreensão destes profissionais sobre a importância dos indicadores assistenciais dentro da avaliação dos cuidados e que estes irão impactar na assistência de qualidade oferecida ao paciente.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. et al. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 3, p. 597-603, 2012.

ALVES, Everton Fernando. O cuidador de enfermagem e o cuidar em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Journal of Health Sciences*, v. 15, n. 2, p. 115-122, 2013.

ARAÚJO, A. C. et al. A Segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 5, p. 01-05, 2016.

BONATO, Vera. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BRAGA, L. M.; TORRES, L. M.; FERREIRA, V. M. Condições de trabalho e fazer em Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFJF*, v. 1, n. 1, p. 55-63, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Documento de referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1243-sas-raiz/dahu-raiz/dahu/seguranca-do-paciente/seguranca-do-paciente-12/28202-protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

BRASIL. Resolução n. 36, de 25 de julho de 2013. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 jul. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 15 jul. 2017.

BUSANELLO, J. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutaneomucosas e segurança do paciente. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 5, n. 4, p. 597-606, 2015.

CALDANA, G. et al. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 915-22, 2013.

CAPUCHO, H. C. Near miss: quase erro ou potencial evento adverso? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 5, p. 1272-1273, 2011.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, S. H. B. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde*, v. 47, n. 4, p. 791-798, 2013.

CAUDURO, F. L. F.; FERREIRA, C. C. Infecção do trato urinário associado ao cateter: Indicadores de Processo para análise das práticas de prevenção em pacientes críticos. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v. 7, n. 3, p. 146-153, 2017.

CAVALCANTE, P. et al. Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 23, n. 6, 787-793, 2015.

CINTRA, E. A. et al. Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros. *Journal of the Health Sciences Institute*, v. 28, n. 1, p. 29-34, 2010.

DANTAS, R. A. et al. Instrumento para avaliação da qualidade da assistência pré-hospitalar móvel de urgência: validação de conteúdo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 1, p. 380-386, 2015.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

FERNANDES, L. G. G. et al. Contribuição de James Reason para a segurança do paciente: reflexão para a prática de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, v. 8, n. 1, p. 2507-2512, 2014.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L. Uso da Escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva, v. 16, n. 6, p. 01-06, 2008.

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, v. 23, n. 3, p. 69-76, 2009.

GABRIEL, C. S. et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 5, p. 1247-1254, 2011.

GALHARD, N. M.; ESCOBAR, E. M. A. Indicadores de qualidade de enfermagem. *Revista de Ciências Médicas*, v. 24, n. 2, p. 75-83, 2015.

GALIZA, D. D. F. et al. Preparo e administração de medicamentos: erros cometidos pela equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 5, n. 2, p. 45-50, 2014.

HADDAD, M. C. L.; ÉVORA, Y. D. M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. *Ciência, Cuidado & Saúde*, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2008.

HERNÁNDEZ, P. J. S. Qué, cómo y quando monitorizar: marco conceptual y guía metodológica. *Revista Calidad Asistencial*, v. 13, n. 1, p. 437-443, 1998.

- HORTA, Wanda. *Processo de enfermagem*. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1979.
- INOUE, K. C. et al. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 5, p. 420-425, 2015.
- INOUE, K. C. et al. Risco de queda da cama. O desafio da enfermagem para a segurança do paciente. *Investigación y Educación em Enfermería*, v. 1, n. 1, p. 29, 2011.
- LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed, 2016.
- LUZ, A.; MARTINS, A. P.; DYNEWICZ, A. M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 2, P. 344-361, 2009.
- MANZO, B. F. et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 1, 2012, p. 01-08, 2012.
- MATTIAS, S. R. et al. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem: qual a melhor estratégia para o repasse dos resultados? *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 30, n. 2, p. 121-130, 2009.
- MCEWEN, M.; WILLS, E. M. *Bases teóricas de enfermagem*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- MENEGUETI, M. G. et al. Infecção urinária em unidade de terapia intensiva: um indicador de processo para prevenção. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 13, n. 3, p. 632-638, 2012.
- MENEZES, P. I. F. B.; D'INNOCENZO, M. Dificuldades vivenciadas pelo enfermeiro na utilização de indicadores de processos. *Revista Brasileira Enfermagem*, v. 66, n. 4, p. 574-577, 2013.
- MORAIS, A. S. et al. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. *Revista de Enfermagem UERJ*, v. 16, n. 3, p. 404-409, 2008.
- MURASSAKI, A. C. Y. et al. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 1, p. 11-16, 2013.
- NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Analysis of the implementation of Nursing Assistance Systematization in a rehabilitation unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.
- OLIVEIRA, E. F. V.; SILVA, F. J. G. S. Atuação do enfermeiro frente às complicações na sala de recuperação pós anestésica. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 5, n. 3, p. 54-59, 2016.
- OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. *Blackbook - Enfermagem*. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

PADILHA, E. F.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 4, p. 684-691, 2011.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN, M. K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

PRAXEDES, M. F. S.; FILHO, P. C. P. T. Erros e ações praticadas pela instituição hospitalar no preparo e administração de medicamentos. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 15, n. 3, p. 406-411, 2011.

ROSSANEIS, M. A. et al. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 769-776, 2014.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Metodologia de pesquisa*. Tradução de Daisy Vaz de Moraes. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, C. T. et al. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 1, p. 111-118, 2013.

SELEGHIM, M. R. et al. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. *Revista Rene*, v. 11, n. 3, p. 122-131, 2010.

SILVA, A. W. L.; SELIG, P. M.; MORALES, A. B. T. Indicadores de sustentabilidade em processos de avaliação ambiental estratégica. *Ambiente & Sociedade*, v. 15, n. 3 p. 75-96, 2012.

SILVA, L. G. et al. Prescrição de enfermagem e qualidade do cuidado: um estudo documental. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 1, p. 97-107, 2012.

TRES, D. P. et al. Qualidade da assistência e segurança do paciente: avaliação por indicadores. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 01-08, 2016.

TROCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; MOTA, N. V. V. P. Indicadores de qualidade de enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do Programa de Qualidade Hospitalar. *O Mundo da Saúde*, v. 30, n. 2, p. 300-305, 2006.

USP. Universidade de São Paulo. *Gerenciamento de riscos e segurança do paciente*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2010.

VIEIRA, D. K.; DETONI, D. J.; SANTOS, B. L. M. Indicadores de qualidade em uma unidade hospitalar. In: ANAIS DO SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 3., 2006, Rio de Janeiro. Anais do SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA. Rio de Janeiro: SEGET, 2006. p. 01-12.

VITURI, D. W. et al. Indicadores de qualidade como estratégia para melhoria da qualidade do cuidado em um hospital universitário. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 4, p. 782-790, 2010.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009.

APÊNDICE A - Instrumento de Registro de Busca Ativa

INSTRUMENTO DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA CHECK LIST – 12 INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE		
DATA:	HORA:	UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

INDICADORES	ATENDE (A) LEITO: _____	NÃO ATENDE (NA)	OBSERVAÇÕES
1-Identificação do leito do paciente internado;	<input type="checkbox"/> Com pulseira ou cabeceira <input type="checkbox"/> Dois ou mais dados [nome compl, nome da mãe, DN, N° pro]	<input type="checkbox"/> Sem pulseira <input type="checkbox"/> Incompleta < 2 itens	
2- Identificação de acessos venosos periféricos;	<input type="checkbox"/> Hora ins. <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tam. <input type="checkbox"/> Ass. Func <input type="checkbox"/> Limpo	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Sujo	
3-Identificação de equipos para infusão venosa;	<input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> validade <72horas <input type="checkbox"/> Val. < 24h-Albu/NPT QT. _____	<input type="checkbox"/> Sem data QT. _____ <input type="checkbox"/> Val. Venc. QT. _____	
4-Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão;	<input type="checkbox"/> Nome comp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leito <input type="checkbox"/> Composição <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vol.Inf. <input type="checkbox"/> Inic <input type="checkbox"/> Térm. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veloc. Gts <input type="checkbox"/> Ass.	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Validade de > 24h <input type="checkbox"/> Val. > 24h-Albu/NPT	
5-Identificação de sondas gástricas e enterais (SNE/SNG);	<input type="checkbox"/> Data troca fixação <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Valid. <input type="checkbox"/> Marcação <input type="checkbox"/> Ass.	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Vencida	
6-Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese;	<input type="checkbox"/> Data ins <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Valid. <input type="checkbox"/> Fixa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suspensa <input type="checkbox"/> Ass. <input type="checkbox"/> Desclampeada <input type="checkbox"/> Bolsa coletora abaixo da bexiga	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Vencida	
7-Identificação de medicações endovenosas;	<input type="checkbox"/> Nome comp. <input type="checkbox"/> Leito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comp. <input type="checkbox"/> Vol.Inf <input type="checkbox"/> Inic. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Térm. <input type="checkbox"/> Veloc. Gts <input type="checkbox"/> Ass. QT. _____	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Validade de >24h QT. _____	
8-Identificação de Risco para queda do leito <24h;	<input type="checkbox"/> Escala de Morse	<input type="checkbox"/> Não feita <input type="checkbox"/> NSA	
9-Identificação de Risco de lesão por pressão <24h;	<input type="checkbox"/> Escala de Braden	<input type="checkbox"/> Não feita <input type="checkbox"/> NSA	
10-Verificação do controle de sinais vitais < 6h;	<input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TAX <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> DOR	<input type="checkbox"/> Incompleta	
11-Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro <24h;	<input type="checkbox"/> Feita <input type="checkbox"/> Assinada	<input type="checkbox"/> Não feita <input type="checkbox"/> NSA	
12-Evolução de Enfermagem <24h;	<input type="checkbox"/> Feita <input type="checkbox"/> Assinada	<input type="checkbox"/> Não feita <input type="checkbox"/> NSA	

APÊNDICE B – Guia de critérios para avaliação de grau de conformidade

GUIA DE CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE GRAU DE CONFORMIDADE

INDICADORES	ATENDE (A)	NÃO ATENDE (NA)	NÃO SE APLICA (NSA)
1- Identificação do leito do paciente internado:	Considerar Atende (A) quando o paciente estiver com pulseira de identificação em membros superiores ou inferior. Deve conter pelo menos DOIS dos seguintes dados: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente e número de prontuário do paciente.	<input type="checkbox"/> Sem pulseira <input type="checkbox"/> Incompleta < 2 itens	
2- Identificação de acessos venosos periféricos:	Considerar Atende (A) quando constar: data, a hora da inserção do cateter, rubrica do funcionário responsável e tamanho do cateter. (Trocar a cada 72horas).	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Sujo	
3- Identificação de equipos para infusão venosa:	Considerar Atende (A) quando constar data. Trocar a cada 72h infusão contínua em equipo macro e micro, se lipídicos - NPT em 24 horas.	<input type="checkbox"/> Sem data <input type="checkbox"/> Val. Venc.	
4- Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão:	Considerar Atende (A) quanto conter no rótulo o nome do paciente; identificação do leito; componentes da solução; volume, hora de início e de término previsto; tempo de infusão (número de gotas por minuto ou mililitros por hora); e assinatura do funcionário.	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Validade de > 24h <input type="checkbox"/> Val. > 24h- Albu/NPT	
5- Identificação de sondas gástricas e enterais:	Considerar Atende (A) quando constar data, hora e assinatura do funcionário na fixação (nariz) ou na extremidade da sonda.	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Vencida	
6- Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese:	Considerar Atende (A) a fixação da sonda for na região interna da coxa – sexo feminino e região inguinal e/ou abdome inferior – sexo masculino. Data, hora, ass, E posicionar a bolsa coletor abaixo do nível da bexiga e sem encostar no chão.	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Vencida	
7- Identificação de medicações endovenosas:	Considerar Atende (A) quanto conter no rótulo o nome do paciente; identificação do leito; componentes da solução; volume, hora de início e tempo de infusão (número de gotas por minuto ou ml por hora); e assinatura do funcionário	<input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Validade de >24h	
8- Identificação de Risco para queda do leito <24h:	Considerar Atende (A) quando utilizar escala de Morse, grades levantadas, paciente ou familiar foram orientados sobre risco de queda? (medicamentos efeitos adversos, equipos, mobiliários do quarto...)	<input type="checkbox"/> Não feita <input type="checkbox"/> NSA	
9- Identificação de Risco de lesão por pressão <24h;	Considerar Atende (A) quando tiver sido avaliado o risco por escala de Braden	<input type="checkbox"/> Não feita <input type="checkbox"/> NSA	
10- Verificação do controle de sinais vitais < 6h:	Considerar Atende (A) quando sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência respiratória, pulso e DOR? Usar escala?) foram verificados no 1x turno e anotados em ordem cronológica no prontuário do paciente	<input type="checkbox"/> Incompleta	
11- Elaboração da prescrição diária e completa pelo enfermeiro <24h;	Considerar Atende (A) quando houver no prontuário do paciente ao menos uma prescrição de enfermagem nas últimas 24 horas	<input type="checkbox"/> Não feita <input type="checkbox"/> NSA	

12- Evolução de enfermagem <24h;	Considerar Atende (A) quando houver no prontuário do paciente ao menos uma evolução de enfermagem nas últimas 24 horas	<input type="checkbox"/> <i>Não feita</i> <input type="checkbox"/> <i>NSA</i>	
----------------------------------	--	--	--

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE: REALIDADE DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL/RS

A qualidade da assistência em saúde tem sido buscada pelas instituições de saúde que prezam pela excelência na segurança do serviço ofertado. O enfermeiro enquanto gestor, precisa analisar os resultados da assistência prestada para (re)definir estratégias gerenciais, por meio de Indicadores de qualidade. Pois a melhoria contínua da qualidade assistencial deve ser considerada por esses profissionais.

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da Assistência de Enfermagem em unidade de internação clínica-cirúrgica por meio do atendimento a 12 indicadores de qualidade. A coleta de dados será através de consulta aos prontuários e da observação dos leitos e dos dispositivos usados pelos pacientes internados na unidade clínico-cirúrgica, mediante o preenchimento de um *check-list* quanto à adequação de indicadores da qualidade da assistência (Identificação do leito do paciente internado, Identificação de acessos venosos periféricos, Identificação de equipos para infusão venosa, Identificação de frascos de soro e controle da velocidade de infusão, Identificação de sondas gástricas, Fixação da sonda vesical de demora e posicionamento da bolsa coletora de diurese, Identificação de medicações endovenosas, Identificação de risco para queda do leito <24h, Identificação de risco de lesão por pressão <24h, Verificação do controle de sinais vitais <6h, Elaboração da prescrição diária e completa pela enfermagem <24h e Evolução de enfermagem <24h).

A participação neste estudo expõe os indivíduos a riscos mínimos, como o risco de desconforto psicológico ou emocional. Conhecer a adequação quanto a esses indicadores permitirá refletir sobre possibilidades de melhorias nos processos de trabalho de enfermagem podendo impactar na qualidade da assistência e conseqüentemente na segurança do paciente.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma recompensa financeira em decorrência de sua participação nesta pesquisa, por outro lado, todos os gastos decorrentes desta pesquisa serão financiados pela própria pesquisadora.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é a Prof^ª. Enf^ª Ms. Mari Ângela Gaedke (Fone: (51) 99983-5673).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data __ / __ / __

Nome e assinatura do Paciente
ou Voluntário

Ter

Nome e assinatura do
Responsável Legal, quando
for o caso

re e

Nome e assinatura do
responsável pela obtenção do
presente consentimento



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE: REALIDADE DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL/RS

Pesquisador: Mari Angela Gaedke

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 73151317.9.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.358.166

Apresentação do Projeto:

Projeto em quarta versão.

Porque atendidas de forma suficiente as pendências apontadas quando das versões anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto em quarta versão.

Porque atendidas de forma suficiente as pendências apontadas quando das versões anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto em quarta versão.

Porque atendidas de forma suficiente as pendências apontadas quando das versões anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em quarta versão.

Porque atendidas de forma suficiente as pendências apontadas quando das versões anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br