**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**
**CURSO DE ENFERMAGEM**

**Lisiane Teobaldi Severo**

# ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ÀS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO

**Porto Alegre**
**2022**

**Lisiane Teobaldi Severo**

# ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ÀS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO

Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Rita Catalina Aquino Caregnato
Coorientador: Luccas Melo de Souza

**Porto Alegre**
**2022**

Catalogação na Publicação

Teobaldi Severo, Lisiane
ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ÀS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO ADULTO / Lisiane Teobaldi Severo. -- 2022.
65 f. : 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Enfermagem, 2022.

Orientador(a): Rita Catalina Aquino Caregnato ; coorientador(a): Luccas Melo de Souza.

1. Enfermagem. 2. Segurança do Paciente. 3. Assistência Hospitalar. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que acreditaram e me incentivaram nessa longa caminhada em busca da minha segunda graduação.

Agradeço a Deus por me dar forças para seguir mesmo diante de tantas adversidades. Agradeço aos meus pais que, mesmo já não estando mais nesse plano, me ensinaram a valorizar a educação e sempre buscar trilhar esse caminho.

Agradeço à minha mãe que, mesmo sem ter conhecimento, me fez escolher a enfermagem.

Agradeço aos meus amigos e colegas que me apoiaram e estiveram sempre ao meu lado nas minhas escolhas.

Aos meus maravilhosos professores, especialmente meus queridos orientadores, Prof Rita e Prof Luccas, obrigada por confiarem em mim e por terem me ensinado tanto ao longo desses anos. Agradeço novamente a Profa Rita, responsável pela oportunidade dada de estagiar no gerenciamento de riscos.

Agradeço imensamente às minhas chefes, Cassiana Prates e Melissa Luzia, tenho muito orgulho em ter feito parte do SEGER e sou imensamente grata por terem me ensinado tanto sobre segurança do paciente, vocês são responsáveis por hoje me sentir apaixonada por essa área.

Por fim, agradeço ao meu amado marido, Luiz, meu refúgio diário, meu companheiro e maior incentivador. Jamais teria chegado até aqui sem a ajuda de todos vocês.

“Um mundo em que ninguém seja prejudicado na área da saúde e todos os pacientes recebam cuidados seguros e respeitosos, todas as vezes, em todos os lugares”
(World Health Organization)

## RESUMO

**Introdução:** A Segurança do Paciente é um tema discutido desde a antiguidade e que, ainda hoje, segue extremamente relevante e atual. **Objetivo:** Analisar os dados coletados pelo Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos sobre a adesão dos profissionais de enfermagem às metas de segurança do paciente em unidades de internação hospitalar adulto. **Método:** Estudo exploratório descritivo, retrospectivo quantitativo. Coleta dos dados realizada nos registros de vigilância de processos da adesão às metas de segurança do paciente realizadas pelo Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos, de janeiro de 2020 a julho de 2021. Campo de ação foram quatro unidades de internação de um hospital geral de Porto Alegre. Amostra 694 registros. Análise estatística descritiva, com frequências absoluta e relativa. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição hospitalar. **Resultados:** Em relação a adesão às metas de seguranças evidenciou-se: 97,7% tinham pulseira de identificação; 90,7% com integridade e legibilidade da pulseira e 57,5% fez conferência da pulseira antes dos procedimentos; 83,1% tinham pulseira de alergias; 22,9% dos pacientes/familiares afirmaram conhecer o nome dos medicamentos em uso, 66,4% que os profissionais informam o nome dos medicamentos antes da administração e 38,2% que os profissionais conferiram a pulseira antes da administração dos medicamentos; 68,3% dos leitos tinham álcool gel, 83,0% tinham cartaz de orientação e a adesão à higiene de mãos foi de 64,7%; 88,5% tiveram avaliação dos risco de queda; Dos pacientes com risco elevado, 44,4% estavam com pulseira amarela; 84,2% possuíam acompanhante; 10,5% receberam folder de orientação; 49,5% receberam orientações sobre prevenção de quedas e 64,5% estavam com as grades do leito elevadas. 87,6% foram avaliados sobre risco de LPP; Nos pacientes com risco moderado, elevado ou muito elevado, 34,2% estavam com os calcâneos livres de pressão; 47,5% afirmaram receber hidratação na pele e 24,8% tiveram a troca de decúbito realizada a cada 2h. **Conclusão:** A partir da vigilância de processos, identificou-se que as condutas dos profissionais de saúde a beira leito ainda são frágeis, exigindo ações educativas das lideranças a fim de educar e engajar equipes e pacientes no processo de cuidado.



**Palavras-chave:** Enfermagem. Segurança do Paciente. Assistência hospitalar.

## ABSTRACT

**IIntroduction**: Patient Safety is a topic discussed since antiquity and which, even today, remains extremely relevant and current. **Objective**: To analyze the data collected by the Epidemiology and Risk Management Service on the adherence of nursing professionals to patient safety goals in adult hospital inpatient units. **Method**: Descriptive exploratory study, quantitative retrospective. Data collection carried out in the surveillance records of processes of adherence to patient safety goals carried out by the Epidemiology and Risk Management Service, from January 2020 to July 2021. Field of action were four inpatient units of a general hospital in Porto Alegre. Sample 694 records. Descriptive statistical analysis, with absolute and relative frequencies. Research approved by the Research Ethics Committee of the hospital institution. **Results**: Regarding adherence to security goals, it was evident: 97.7% had an identification bracelet; 90.7% with wristband integrity and legibility and 57.5% checked the wristband before the procedures; 83.1% had an allergy bracelet; 22.9% of patients/family members stated that they knew the name of the drugs in use, 66.4% that professionals inform the name of the drugs before administration and 38.2% that professionals checked the bracelet before administering the drugs; 68.3% of the beds had alcohol gel, 83.0% had an orientation poster and adherence to hand hygiene was 64.7%; 88.5% had a fall risk assessment; Of the patients at high risk, 44.4% had a yellow wristband; 84.2% had a companion; 10.5% received an orientation folder; 49.5% received guidance on preventing falls and 64.5% had their bed rails raised. 87.6% were assessed for the risk of LPP; In patients with moderate, high or very high risk, 34.2% had their heels free of pressure; 47.5% said they received hydration in the skin and 24.8% had the position change performed every 2 hours. **Conclusion**: From the surveillance of processes, it was identified that the behavior of health professionals at the bedside is still fragile, requiring educational actions from leaders in order to educate and engage teams and patients in the care process.



**Keywords**: Nursing. Patient safety. Hospital assistance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Comparativo da adesão entre unidades de internação……..31

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características da vigilância de processos quanto ao ano, respondente e local em que ocorreu a coleta de dados……..…….27

Quadro 2- Distribuição das variáveis conforme adesão às metas de segurança do paciente nas diferentes unidades de internação…….27

Quadro 3: Distribuição das variáveis conforme unidade de internação com maior adesão……31

## LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CVC - Cateter venoso central

EA - Evento Adverso

HED - Hospital Ernesto Dornelles

HM - Higiene de Mãos

IBSP - Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente

IOM - *Institute of Medicine*

IRAS - Infecção relacionada à assistência à saúde

ISMP - *Institute for Safe Medication Practices*

LPP - Lesão por pressão

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

RQ - Risco de Quedas

SEGER - Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos

SVD - Sonda Vesical de Demora

UI - Unidade de Internação

**SUMÁRIO**


**1. INTRODUÇÃO** **12**

**2. OBJETIVOS** **14**
2.1 GERAL 14
2.2 ESPECÍFICOS 14

**3. REVISÃO DA LITERATURA** **15**
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE 15
3.2 METAS DE SEGURANÇA 16

**4. MÉTODO** **22**
4.1 TIPO DE ESTUDO 22
4.2 CAMPO DE ESTUDO 22
4.3 POPULAÇÃO 23
4.4 COLETA DE DADOS 23
4.5 ANÁLISE DOS DADOS 26
4.6 ASPECTOS ÉTICOS 26

**5. RESULTADOS** **27**
5.1 UNIDADES DE INTERNAÇÃO 30

**6. DISCUSSÃO** **33**
6.1 IDENTIFICAÇÃO 33
6.2 MEDICAÇÕES 34
6.3 HIGIENE DE MÃOS 36
6.4 RISCO DE QUEDAS 37
6.5 RISCO DE LESÕES POR PRESSÃO 38
6.6 FORÇAS E FRAGILIDADES 39
6.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 40
6.8 CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM 40

**7. CONSIDERAÇÕES FINAIS** **41**

**REFERÊNCIAS** **42**

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS** **50**

**ANEXO A - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)** **59**

**ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP** **60**

## 1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma preocupação desde a época de Hipócrates (460 a 370 a.C) o qual cunhou a célebre frase, *in verbis:* "*primum non nocere"*, traduzindo, "primeiro não cause dano"[1,2]. Tanto Hipócrates, quanto Florence Nightingale e Ignaz Semmelweiss, entendiam que o cuidado poderia causar algum tipo de dano[1-3]. Assim, se antes tal cuidado era simples, menos efetivo e relativamente seguro, com o avanço dos conhecimentos científicos ele se tornou complexo, mais efetivo, porém potencialmente perigoso[1]. Os profissionais e os gestores da saúde, no entanto, demoraram a perceber a mudança, contudo, o tema ganhou destaque mundial nas últimas décadas, sobretudo a partir do ano de 1999, com a publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM), denominado *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro)[1-2,4-5].

Em 2002, a 55ª Assembleia Mundial de Saúde aprovou a resolução WHA55.18 com o objetivo de dar maior atenção ao tema segurança do paciente e, a partir dela, solicitou reiteradamente que a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolvesse normas e padrões globais, além de passar a apoiar os esforços dos estados membros no desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do doente[6]. Dessa forma, em 2004, a OMS criou o *World Alliance for Patient Safety,* hoje*, Patient Safety Program* que, dentre os seus objetivos, constava definir conceitos relacionados à segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos de eventos adversos[1]. Ainda segundo a OMS, há uma chance em um milhão de uma pessoa ser ferida durante uma viagem de avião, em comparação, existe uma chance em 300 de um paciente ser prejudicado durante o atendimento à saúde[7]. Assim, em parceria com a *Joint Commission International* (JCI)*,* foram estabelecidas as seis metas internacionais para a segurança do paciente, a saber: 1) Identificar corretamente o paciente; 2) Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; 3) Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 4) Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; 5) Higienizar as mãos para evitar infecções; 6) Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão[8-9].

No Brasil, iniciativas acerca do tema tiveram origem em 2002 com o desenvolvimento da Rede Sentinela, composta por instituições que trabalham com

gerenciamento de riscos[1]. Em 2006, foi realizado o primeiro Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação, em Belo Horizonte, em parceria com o *Institute for Safe Medication Practices - USA* (ISMP)[1]. Tal fórum foi fundamental para a criação, em 2009, do ISMP-Brasil. Entretanto, foi apenas em 2013, com a Portaria 529/2013, que o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído no Brasil pelo Ministério da Saúde. No mesmo ano, a RDC 36/2013, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), instituiu ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde[1,4,10]. Atualmente, a segurança do paciente é considerada um objetivo global reconhecido internacionalmente, e os eventos adversos relacionados a ela como um grave problema de saúde pública[11-12].

A OMS, em 2006, instituiu a criação do programa Paciente pela Segurança do Paciente, que coloca o paciente como protagonista do seu cuidado e ponto central de atenção dos profissionais e da alta direção[1,13]. O programa visa dar voz e participação ao paciente nas ações de cuidado e tratamento[1,13]. Com o objetivo de desenvolver uma parceria em que o cliente e seus familiares sejam envolvidos no processo de cuidado com autonomia e corresponsabilidade a fim de prevenir falhas e danos nos serviços de saúde[1,13]. Em consonância, a Anvisa criou, em 2012, o projeto Paciente pela segurança do paciente em serviços de saúde, que visa disponibilizar ferramentas e informações para melhorar a qualidade do atendimento[1,13-14]. Ainda, em 2019, a OMS adotou uma ação global em que estabelece o período de 2021 a 2030 como a década de segurança do paciente em que reconhece a relevância e atualidade do tema[15].

Dentro da perspectiva de segurança do paciente, o enfermeiro pode contribuir para a definição de estratégias e a implementação de ações que estimulem a participação ativa do paciente no seu autocuidado com a finalidade de minimizar os riscos, prevenir a ocorrência de incidentes e assegurar uma assistência mais segura[13,16].

Atuando como estagiária do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos (SEGER) de um hospital privado, diante da relevância do tema, identificou-se a necessidade de analisar os dados coletados, pelo SEGER, relacionados às metas de segurança do paciente. Desse modo, emergiu como pergunta de pesquisa a investigar: como está a adesão dos profissionais de enfermagem às metas de segurança nas unidades de internação adulto?

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar os dados coletados pelo Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos sobre a adesão dos profissionais de enfermagem às metas de segurança do paciente em unidades de internação hospitalar adulto.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Comparar os resultados coletados entre as diferentes unidades de internação.

## 3. REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão abordará o tema segurança do paciente, algumas de suas metas internacionais, cultura de segurança, impacto socioeconômico, bem como, a importância do envolvimento do paciente na sua segurança.

### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Segurança do paciente, segundo a OMS, é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, o que se refere à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo[17]. O termo evento adverso foi definido como o 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[1]. A OMS, a partir da *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), unificou as diferentes definições existentes acerca do tema e redefiniu evento adverso como sendo um incidente que resulta em dano ao paciente[1,18]. O incidente, por sua vez, foi definido como um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente[1,18]. Por fim, definiu o dano como um comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico[1,18].

A OMS, nos anos seguintes, desenvolveu desafios globais para a segurança do paciente priorizando temas e ações a fim de reduzir os riscos relacionados a eventos adversos[1]. O primeiro desafio global, instituído para o período de 2005 a 2006, foi a infecção associada a cuidados de saúde; tal desafio foi intitulado: uma assistência limpa é uma assistência mais segura (*clean care is safer care*), sendo estabelecida a higiene de mãos, a nível global, como uma ação-chave para a redução das infecções causadas pela assistência à saúde[18-19]. Em 2017, a OMS lançou o terceiro desafio global intitulado “Medicação sem Dano”, em que

estabeleceu como meta, de 2017 a 2022, a redução, em 50%, de danos graves evitáveis relacionados a medicamentos[20-21].

Em 2019, a Assembleia Mundial de Saúde adotou a resolução WHA72.6, chamada de ação global sobre a segurança do paciente, a fim de dar prioridade ao tema e tornar-se um passo fundamental na construção, concepção, operação e avaliação do desempenho de todos os sistemas de saúde[15]. Essa resolução foi um marco fundamental nos esforços globais para tomar medidas que busquem garantir a segurança do paciente e, dentre elas, foi solicitado ao diretor geral da OMS, junto aos estados membros e demais parceiros, que formulassem um plano de ação global sobre segurança do paciente[15]. Assim, a OMS desenvolveu uma iniciativa emblemática em que instituiu o período de 2021 a 2030 como sendo a década de segurança do paciente em que reconheceu a relevância e atualidade do tema[15].

## 3.2 METAS DE SEGURANÇA

Para compor o presente estudo, foram definidos e descritos abaixo os temas relacionados à identificação correta do paciente, segurança no uso e administração de medicações, higiene de mãos, risco de quedas e risco de lesões por pressão.

### 3.2.1 Identificação do paciente

A identificação correta constitui a primeira meta internacional para segurança do paciente, demonstrando uma preocupação mundial por essa prática, justamente por ser uma etapa imprescindível em diversos procedimentos tais como cirurgias, administração de medicações, transfusões, etc[22]. No entanto, mesmo diante do exposto, ainda existem poucos estudos que tratam especificamente deste tema[22]. A identificação do paciente visa determinar com segurança a legitimidade de quem receberá o procedimento e/ou tratamento e, também, assegurar que tal procedimento seja, de fato, o que o paciente necessita[22]. Atualmente, pulseiras têm sido utilizadas na identificação dos pacientes nos sistemas de saúde, com padronização de cores, como rotina segura[22]. Entretanto, na prática, essa é uma etapa no cuidado de enfermagem que não recebe a devida atenção[22]. Assim, ainda

que o paciente esteja com a pulseira de identificação, erros podem persistir caso não haja conferência e valorização nos ambientes assistenciais[22].

### 3.2.2 Medicações

As drogas, há séculos, trazem diversos benefícios ao homem, seja no alívio da dor, seja na cura de enfermidades[12]. Entretanto, erros de medicação representam um dos incidentes mais comuns nas instituições de saúde[20]. Tais erros, em sua maioria, não causam complicações sérias, porém, alguns podem aumentar o tempo de internação hospitalar, deixar sequelas e até mesmo levar pacientes a óbito[12].

O processo de medicação é complexo, abrange uma equipe multidisciplinar e diversas barreiras a fim de evitar que erros aconteçam[12]. Segundo o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP), a enfermagem é a principal barreira para evitar erros relacionados ao uso de medicamentos, visto que os enfermeiros e técnicos são, na maioria das vezes, os profissionais responsáveis pela última etapa do processo, ou seja, a administração das medicações[12,23]. No entanto, falhas de processos existem e, por isso, é essencial promover estratégias eficazes que auxiliem os profissionais da enfermagem na prevenção de erros de medicação[12]. Assim, o PNSP publicou o "protocolo de segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos" com o objetivo de promover práticas seguras nos setores de saúde do país[20].

### 3.2.3 Higiene de Mãos

De forma global, as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) afetam milhares de pessoas todos os anos[13,24-25]. Tais infecções aumentam o tempo de internação e os custos hospitalares, além de agravarem o quadro clínico dos pacientes podendo, inclusive, provocar o óbito[13,25].

A higiene de mãos (HM) é uma medida eficaz, simples e com baixo custo para a redução das infecções[13,24-25]. É uma prática recomendada desde Hipócrates (460 a.C) sendo hoje fundamentada por ensaios clínicos randomizados e classificada na categoria IA pelo *Centers for Diseases Control and Prevention*[24]*.* Ela abrange desde a higienização simples, higienização antisséptica, fricção antisséptica e até mesmo a antissepsia cirúrgica das mãos[25]. A HM com soluções alcoólicas é

contraindicada quando as mãos possuírem sujidade aparente, após exposição a fluídos e excretas corporais e naqueles pacientes colonizados/infectados pelo microrganismo *Clostridium difficile*[26].

Artigo aponta que a HM ainda é frequentemente negligenciada pelos profissionais da saúde, mesmo em países desenvolvidos[24]. A OMS apoiada por órgãos como a Anvisa buscam caminhos para melhorar os índices de adesão à HM[24]. Nesse sentido, foi lançada a ação dos 5 momentos indispensáveis para a HM e, ainda em 2020, a OMS, reconhecendo a importância e atualidade do tema, lançou a campanha "salve vidas: lave as mãos"[24]. Tais ações têm o objetivo de sensibilizar os profissionais da saúde sobre o impacto das boas práticas de HM para prevenção das infecções, inclusive para o novo coronavírus e, portanto, aumentar a adesão de tal prática[24-25].

### 3.2.4 Quedas

Quedas são consideradas eventos adversos (EA) evitáveis, porém com potencial de provocar traumas teciduais, fraturas, incapacidade física e, até mesmo, óbito[13]. Dentro do ambiente hospitalar, em países desenvolvidos, a taxa de queda varia de 3 a 5 por 1.000 pacientes/dia[27]. As taxas de quedas estão diretamente relacionadas às características do ambiente hospitalar e ao perfil de pacientes internados24, . Sabe-se que unidades com maior número de pacientes idosos, da neurologia e da reabilitação possuem maiores índices de queda[25,28].

Segundo o Ministério da Saúde (MS), queda pode ser definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial podendo ou não resultar em dano ao paciente[27-28]. As quedas possuem causas multifatoriais relacionadas a características do indivíduo e do ambiente em que este está inserido[27-28]. Desta forma, o ambiente hospitalar potencializa o risco de quedas devido à situação clínica desfavorável do paciente, uso de diversos fármacos (benzodiazepínicos, opiáceos, antihipertensivos, diuréticos, etc) e ambiente desconhecido associado a dificuldades de mobilidade, equilíbrio e fatores comportamentais[25,27-28].

A fim de prevenir tais eventos é preciso avaliar o risco de queda dos pacientes ainda nas primeiras horas de internação e reavaliar tal risco diariamente ou assim que ocorrer alguma mudança no quadro clínico através da escala adotada

pela instituição[27-28]. Além disso, é fundamental assegurar assistência multiprofissional e ambiente seguro[27]. No entanto, atualmente, entende-se que a abordagem centrada apenas no clínico compromete a prevenção já que exclui a participação do paciente e de seus familiares, por isso, é imprescindível envolvê-los no cuidado prestado. Essa parceria promove a conscientização e cooperação do paciente e de sua família reduzindo o risco de quedas[13,27-29].

### 3.2.5 Lesões por Pressão

A pressão aplicada em algumas áreas do corpo, especialmente sobre proeminências ósseas ou mesmo pela presença de dispositivos médicos, associada à longa permanência de internação dos pacientes e a outros fatores de risco pode causar danos na pele e/ou tecidos subjacentes conhecidos como lesões por pressão (LLP)[30]. As LLPs aumentam o tempo de internação hospitalar e taxa de mortalidade, causam dor, aumentam o risco de infecções e sepse, diminuem a qualidade de vida do paciente e aumentam os custos hospitalares[30-31]. Por isso, a LLP é considerada um dos principais eventos adversos relacionados à assistência à saúde e a sexta meta de segurança do paciente[30].

Nesse contexto, a equipe de enfermagem exerce um papel essencial nos cuidados da pele dos pacientes a fim de prevenir ou minimizar os riscos de LLP ao utilizar as ações de boas práticas para prevenção de LP estabelecidas pela Anvisa[30-32].

## 3.3 CULTURA DE SEGURANÇA

Dentre os objetivos do PNSP está a qualificação do cuidado em saúde e a promoção da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde[10-11,33].

A cultura de segurança estimula a responsabilização dos profissionais de saúde por seus atos, sem o uso de práticas punitivas e culpabilização, desmistificando, assim, a ideia de que profissionais de saúde não erram[11,25]. A partir disso, espera-se desenvolver um novo olhar desses profissionais e dos gestores sobre os eventos adversos ocorridos, vislumbrando estas como oportunidades de melhoria profissional e institucional[11,25].

## 3.4 IMPACTO SOCIAL E ECONÔMICO

O grande impacto financeiro decorrente da falta de segurança e dos danos sofridos durante o atendimento tornaram a segurança do paciente um dos principais objetivos dentro dos serviços de saúde[5]. Mundialmente, cerca de 42,7 milhões de incidentes com danos ocorrem por ano[5]. Segundo dados do Primeiro Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar, no Brasil, os eventos adversos são a segunda causa de morte mais comum, matando três pessoas, por condições adquiridas no hospital, a cada cinco minutos no país[34-35]. Essa estimativa ainda demonstrou que anualmente 1.377.243 pacientes seriam vítimas de, pelo menos, um incidente[34-35]. As IRAS correspondem a quase 10% dos eventos ocorridos, dentre as condições mais frequentes capazes de culminar em infecções estão as lesões por pressão e infecções relacionadas ao uso de cateter venoso central[33-34].

Ainda no Brasil, os eventos adversos foram responsáveis, em 2017, por custos estimados em R$10,61 bilhões na saúde suplementar, ou seja, 16,2% das despesas hospitalares[36]. Tais estimativas possivelmente estejam subestimando os custos já que pacientes que sofreram eventos adversos utilizam mais recursos quando comparados com aqueles sem esse quadro[36].

## 3.5 PACIENTE PELA SEGURANÇA DO PACIENTE

A OMS desenvolveu, em 2013, o programa "paciente pela segurança do paciente" em que preconiza a participação, envolvimento e empoderamento do paciente e de seus familiares na sua segurança a fim de evitar falhas e danos assistenciais[1,13]. O programa busca promover uma parceria entre os profissionais da saúde e o paciente para que este seja protagonista no seu cuidado[1,13].

O paciente e seus familiares são uma importante barreira para evitar incidentes e eventos adversos[13,37]. Eles são capazes de identificar situações não detectadas pelos profissionais já que muitos possuem experiências clínicas diversas ao longo de muitos anos[13,37]. Através de uma perspectiva distinta, seus relatos podem contribuir para a qualificação do cuidado assistencial e, inclusive, para a tomada conjunta de decisões[13,37]. Conhecer a perspectiva do paciente é mister para melhorar o desempenho das equipes clínicas e das organizações[13,37].

No entanto, para que o paciente deixe de ser apenas um receptor passivo de cuidados e passe a participar ativamente do seu tratamento, é preciso que os serviços e profissionais de saúde reconheçam essa importância[1,37]. Para tanto, mudanças culturais nas organizações de saúde são fundamentais já que muitos profissionais reagem mal quando suas condutas são questionadas pelo paciente[1,37]. Muitas práticas de segurança do paciente regulamentadas pelo governo e conselhos profissionais ainda são entendidas apenas como burocracia[1]. Os pacientes devem conhecer seus direitos e deveres enquanto cidadãos e é papel dos profissionais da saúde e das organizações de saúde apoiar e estimular atitudes ativas dos usuários dos serviços[1,13,37].

# 4. MÉTODO

## 4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório descritivo, com coleta de dados secundários retrospectivos com abordagem quantitativa.

Estudos exploratórios visam conhecer profundamente o tema abordado a fim de desenvolver, esclarecer ou até mesmo alterar conceitos e ideias preexistentes[38]. Já os estudos descritivos buscam descrever as características do assunto em questão tendo como objetivo reunir e analisar muitas informações sobre o tema estudado[38].

## 4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital geral, privado, em Porto Alegre/RS, exclusivo para atendimento de pacientes adultos. Os dados foram coletados nos registros do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos (SEGER) em quatro Unidades de Internação (UI).

O hospital conta com toda a infraestrutura de serviços de emergência, centro cirúrgico, centro de nefrologia e diálise, serviços de endoscopia, duas unidades de terapia intensiva e cinco unidades de internação, sendo uma delas voltada exclusivamente a pacientes em cuidados respiratórios, especialmente COVID-19 (suspeitos ou confirmados), com 29 leitos. As demais totalizam 195 leitos distribuídos entre apartamentos privativos e semi privativos, sendo a UI do 4º andar direcionada a pacientes de saúde digestiva e cardiovascular, a UI do 5º andar a pacientes da neurologia e neurocirurgia, a UI do 6º andar atende traumatologia e oncologia e, por fim, a UI do 10º andar todavia não possui um perfil de paciente bem definido. Ainda que existam especialidades, os pacientes ali internados não necessariamente se enquadram no perfil da unidade. Todas as UIs atendem exclusivamente pacientes adultos através de convênios ou de forma particular. Neste estudo, não se incluiu a UI de cuidados respiratórios, pois não foram realizadas

vigilâncias de processos nesse setor pelos estagiários, tendo em vista as medidas para contenção da pandemia.

Dentro da instituição, foi criado, em 2009, o Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos (SEGER) com o objetivo de garantir a segurança do paciente, implementar a cultura pela segurança do paciente e instituir práticas de excelência através do gerenciamento de riscos assistenciais, técnicos e administrativos[33]. O SEGER é um serviço independente, composto por 2 enfermeiras, ambas doutoras em enfermagem, sendo uma a coordenadora e, além delas, o serviço conta também com uma acadêmica de enfermagem.

## 4.3 POPULAÇÃO

Amostra intencional não probabilística composta pelos registros da vigilância de processos realizados com pacientes internados nas UIs durante o período de janeiro de 2020 a julho de 2021. Foram incluídos na pesquisa todos os registros coletados no período supracitado. No período de janeiro a abril de 2021, o hospital contou com duas UIs para o atendimentos aos pacientes COVID-19 (suspeitos ou confirmados): a UI de cuidados respiratórios e o 10º andar. Em função do aumento no número de casos, no entanto, a partir do mês de maio/21, com a estabilização e posterior redução nos casos da doença, o hospital optou por, novamente, manter apenas a UI de cuidados respiratórios como unidade COVID-19. Nas UIs destinadas a pacientes COVID-19, assim como nos leitos de isolamento, não foram realizadas vigilâncias de processos, porque o hospital não permite a presença de estagiários em áreas de isolamento. Dessa forma, a UI do 10º andar que atendeu pacientes COVID-19 apenas nos meses de janeiro a março não teve seus dados computados nesse período, no entanto, teve sua inclusão preservada e mensurada nos demais meses.

## 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu através do banco de dados dos registros da vigilância de processos (Apêndice A) desenvolvida pelo SEGER com base nos

protocolos do MS. Essa vigilância foi realizada, pela estagiária (acadêmica de graduação em enfermagem) a cada dois meses nas unidades de internação, preferencialmente naqueles pacientes com pelo menos uma das seguintes características: risco elevado para quedas, segundo a escala de Morse; risco moderado, elevado ou muito elevado para lesões por pressão, segundo a escala de Braden; uso de cateter venoso central (CVC) e/ou cateter vesical contínuo. Foi definido, pelo SEGER, que a vigilância de processos aconteceria em, aproximadamente, 40% dos leitos das UI a cada mês.

Os dados foram coletados à beira do leito, a partir da observação da estagiária e de perguntas direcionadas ao paciente ou seu familiar. A vigilância de processos foi realizada por um formulário com perguntas fechadas relacionadas às metas de segurança do paciente instituídas pela OMS, com exceção da meta nº2 - comunicação entre profissionais - e a meta nº4 - cirurgia segura. As perguntas foram realizadas ao paciente ou, quando este não estivesse em condições, aos familiares/acompanhantes. Os dados relacionados às escalas assistenciais foram obtidos em prontuário eletrônico, antes da visita. A responsável pela aplicação da vigilância de processos e coleta de dados foi a estagiária do SEGER.

As variáveis levantadas na vigilância de processos e a forma de coleta foram:

- Presença e legibilidade da pulseira de identificação (por observação).
- Presença da pulseira de alergia naqueles pacientes identificados como alérgicos (por observação).
- Percepção do paciente/familiar sobre a conferência das pulseiras pelos profissionais antes da realização de procedimentos. (pergunta ao paciente/familiar).
- Conhecimento do paciente e/ou familiar acerca do nome das medicações utilizadas no hospital (pergunta ao paciente/familiar).
- Percepção do paciente/familiar sobre profissionais da enfermagem informarem o nome das medicações antes da aplicação (pergunta ao paciente/familiar).
- Percepção do paciente/familiar sobre a conferência das pulseiras pelos profissionais antes da realização de medicações (pergunta ao paciente/familiar).
- Presença de álcool gel disponível no quarto (por observação).

- Presença de cartaz de orientação sobre correta técnica de higienização das mãos (por observação).
- Percepção do paciente/familiar sobre higienização das mãos dos profissionais antes de procedimentos (pergunta ao paciente/familiar).
- Registro do risco mais atual da escala de Morse no prontuário (por observação).
- Avaliação do risco de queda nas primeiras 24h de internação (por observação).
- Nos pacientes com risco elevado de queda, presença de pulseira amarela (por observação).
- Nos pacientes com risco elevado de queda, presença de familiar (por observação).
- Nos pacientes com risco elevado de queda, percepção do paciente/familiar sobre entrega de folder de orientação (pergunta ao paciente/familiar).
- Nos pacientes com risco elevado de queda, percepção do paciente/familiar sobre orientação dada por profissional da enfermagem (pergunta ao paciente/familiar).
- Nos pacientes com risco elevado de queda, grades do leito em posição elevada (por observação).
- Independente do risco de queda, presença de cama baixa (por observação).
- Registro do risco mais atual da escala de Braden no prontuário (por observação).
- Avaliação do risco de LLP realizada nas primeiras 24h de internação. (por observação).
- A partir do risco moderado de LLP, calcâneos livres de pressão (por observação).
- A partir do risco moderado de LLP, percepção do paciente/familiar sobre hidratação da pele após o banho (pergunta ao paciente/familiar).
- A partir do risco moderado de LLP, percepção do paciente/familiar sobre mudança de decúbito a cada 2h (pergunta ao paciente/familiar).
- Independente do risco de LLP, percepção do paciente/familiar sobre realização de avaliação diária da pele pela enfermagem (pergunta ao paciente/familiar).

## 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nos registros foram transcritos ao Google Sheets®. A análise ocorreu com o apoio do Serviço de Estatística disponível na UFCSPA através de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa e estatística analítica com o teste Qui-quadrado de Pearson. Foram considerados estatisticamente significativos os valores com p bicaudal menor do que 0,05.

## 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi encaminhada para avaliação do CEP do hospital, sendo aprovada com o parecer de nº 4.958.528 (ANEXO C). Foram seguidas e cumpridas todas as normas éticas previstas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, com coleta das informações somente após a aprovação do CEP.

Os riscos envolvidos nesta pesquisa foram mínimos visto que os dados foram coletados nos registros, sem identificação dos pacientes. Dessa forma, a pesquisadora se comprometeu em zelar pela privacidade e sigilo das informações. Os benefícios estão relacionados à melhoria dos serviços das UIs.

## 5. RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2020 a julho de 2021 foram realizados 694 registros da vigilância de processos em quatro unidades de internação, conforme apresenta o Quadro 1.

Quadro 1: Características da vigilância de processos quanto ao ano, respondente e local em que ocorreu a coleta de dados.

| **Variável** | **N** | **(%)** |
|---|---|---|
| Ano | | |
| 2020 | 413 | 59,51% |
| 2021 | 281 | 40,49% |
| Quem respondeu ao questionário? | | |
| Paciente | 391 | 56,34% |
| Familiar | 231 | 33,29% |
| Acompanhante | 72 | 10,37% |
| UIs | | |
| 4 andar | 174 | 25,07% |
| 5 andar | 195 | 28,10% |
| 6 andar | 198 | 28,53% |
| 10 andar | 127 | 18,30% |
| Total | 694 | 100% |

Fonte: dados da pesquisa (2020-2021)

O Quadro 2, apresenta a adesão geral e por unidade de internação dos profissionais de enfermagem às metas de segurança do paciente.

Quadro 2- Distribuição das variáveis conforme adesão às metas de segurança do paciente nas diferentes unidades de internação.

| Variáveis observadas (n= 694) | | **Unidades de Internação** | | | | | Valor de *p* *(α=0,05)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Total n(%) | UI 4º n(%) | UI 5º n(%) | UI 6º n(%) | UI 10º n(%) | qui-quadrado |
| **Identificação** | | | | | | | |
| 1) Pacientes com pulseira de identificação | Sim | 678 97,7% | 172 98,9% | 196 95,4% | 196 99,0% | 124 97,6% | 0,068 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2) Pulseira identificação Íntegra e legível | Sim | 615<br>90,7% | **163***<br>**94,8%** | 158<br>84,9% | **188***<br>**95,9%** | 106<br>85,5% | **0,000*** |
| 3) Conferência da pulseira, pelos profissionais, antes dos procedimentos | Sim | 399<br>57,5% | 105<br>60,3% | 100<br>51,3% | 122<br>61,6% | 72<br>56,7% | 0,484 |
| | Às vezes | 120<br>17,3% | 24<br>13,8% | 38<br>19,5% | 35<br>17,7% | 23<br>18,1% | |
| | Não sabe | 31<br>4,3% | 7<br>4,0% | 13<br>6,7% | 6<br>3,0% | 5<br>3,9% | |
| | Não | 144<br>20,7% | 38<br>21,8% | 44<br>22,6% | 35<br>17,7% | 27<br>21,3% | |
| 4) Pacientes alérgicos | Sim | 225<br>32,4% | 50<br>28,7% | 64<br>32,8% | 66<br>33,3% | 45<br>35,4% | 0,638 |
| 5) Pacientes com pulseira de alergia | Sim | 187<br>83,1% | 39<br>78,0% | 50<br>78,1% | 59<br>89,4% | 39<br>86,7% | 0,228 |
| **Medicação** | | | | | | | |
| 6) Conhece o nome dos medicamentos em uso | Sim | 159<br>22,9% | 39<br>22,4% | 46<br>23,6% | 41<br>20,7% | 33<br>26,0% | 0,300 |
| | Alguns | 275<br>39,6% | 62<br>35,6% | 71<br>36,4% | 92<br>46,5% | 50<br>39,4% | |
| | Não | 260<br>37,5% | 73<br>42,0% | 78<br>40,0% | 65<br>32,8% | 44<br>34,6% | |
| 7) Profissionais informam o nome do medicamento antes da administração | Sim | 461<br>66,4% | 118<br>67,8% | 123<br>63,1% | 138<br>69,7% | 82<br>64,6% | 0,430 |
| | Às vezes | 118<br>17,0% | 34<br>19,5% | 35<br>17,9% | 30<br>15,2% | 19<br>15,0% | |
| | Não | 115<br>16,6% | 22<br>12,6% | 37<br>19,0% | 30<br>15,2% | 26<br>20,5% | |
| 8) Profissionais conferem a pulseira antes da administração dos medicamentos | Sim | 265<br>38,2% | **84***<br>**48,3%** | 60<br>30,8% | 77<br>38,9% | 44<br>34,6% | **0,021*** |
| | Às vezes | 161<br>23,2% | 28<br>16,1% | 54<br>27,7% | 45<br>22,7% | 34<br>26,8% | |
| | Não | 268<br>38,6% | 62<br>35,6% | 81<br>41,5% | 76<br>38,4% | 49<br>38,6% | |
| **Higiene de Mãos** | | | | | | | |
| 9) Presença de álcool gel | Sim | 474<br>68,3% | 122<br>70,1% | 131<br>67,2% | 134<br>67,7% | 87<br>68,5% | 0.937 |
| 10) Presença de cartaz de orientação | Sim | 576<br>83,0% | 148<br>85,1% | 161<br>82,6% | 157<br>79,3% | 110<br>86,6% | 0,302 |
| 11) Profissionais | Sim | 449 | 117 | 111 | 131 | 90 | **0,022*** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| higienizam as mãos antes dos procedimentos | | 64,7% | 67,2% | 56,9% | 66,2% | 70,9% | |
| | Às vezes | 117<br>16,9% | 26<br>14,9% | **48***<br>**24,6%** | 25<br>12,6% | 18<br>14,2% | |
| | Não | 89<br>12,8% | 18<br>10,3% | 24<br>12,3% | 30<br>15,2% | 17<br>13,4% | |
| | Não sabe | 39<br>5,6% | 13<br>7,5% | 12<br>6,2% | 12<br>6,1% | 2<br>1,6% | |
| **Risco de Quedas (RQ)** | | | | | | | |
| 12) Independente do RQ, cama baixa | Sim | 528<br>76,1% | 132<br>75,9% | 148<br>75,9% | 156<br>78,8% | 92<br>72,4% | 0,630 |
| 13) RQ avaliado nas primeiras 24h de internação | Sim | 608<br>88,5% | **162***<br>**93,6%** | 160<br>82,5% | 167<br>86,1% | **119***<br>**94,4%** | **0,001*** |
| 14) RQ do último registro em prontuário | Baixo | 45<br>6,6% | 14<br>8,1% | 9<br>4,7% | 13<br>6,9% | 9<br>7,2% | **0,002*** |
| | Médio | 240<br>35,5% | 41<br>23,7% | 67<br>35,1% | 74<br>39,4% | **58***<br>**46,4%** | |
| | Elevado | 392<br>57,9% | **118***<br>**68,2%** | 115<br>60,2% | 101<br>53,7% | 58<br>46,4% | |
| | NA | 17 | 1 | 4 | 10 | 2 | |
| **Apenas pacientes com RQ elevado** | | | | | | | |
| 15) Paciente com pulseira amarela | Sim | 174<br>44,4% | 50<br>42,4% | 59<br>51,3% | 43<br>42,6% | 22<br>37,9% | 0,316 |
| 16) Acompanhante no momento da avaliação | Sim | 330<br>84,2% | 97<br>82,2% | **104***<br>**90,4%** | 78<br>77,2% | 51<br>87,9% | **0,046*** |
| 17) Recebeu folder com orientações sobre RQ | Sim | 41<br>10,5% | 6<br>5,1% | 14<br>12,2% | 7<br>6,9% | **14***<br>**24,1%** | **0,001*** |
| 18) Recebeu orientações sobre prevenção de quedas | Sim | 194<br>49,5% | 63<br>53,4% | **66***<br>**57,4%** | 39<br>38,6% | 26<br>44,8% | **0,031*** |
| 19) Grades elevadas | Sim | 253<br>64,5% | 73<br>61,9% | 75<br>65,2% | 68<br>67,3% | 37<br>63,8% | 0,862 |
| **Risco de Lesão por Pressão (LPP)** | | | | | | | |
| 20) Independente do risco, a enfermagem verifica a pele do paciente diariamente | Sim | 424<br>61,1% | 114<br>65,5% | 116<br>59,5% | 121<br>61,1% | 73<br>57,5% | 0,175 |
| | Às vezes | 61<br>8,8% | 18<br>10,3% | 16<br>8,2% | 11<br>5,6% | 16<br>12,6% | |
| | Não | 209<br>30,1% | 42<br>24,1% | 63<br>32,3% | 66<br>33,3% | 38<br>29,9% | |
| 21) Risco de LPP | Sim | 600 | **163*** | 158 | 167 | 112 | **0,002*** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| avaliado nas primeiras 24h de internação | | 87,6% | **94,8%** | 81,9% | 85,6% | 89,6% | |
| 22) Risco de LPP do último registro em prontuário | SR | 137<br>20,4% | 44<br>25,4% | 29<br>15,3% | 37<br>19,7% | 27<br>22,0% | **0,034*** |
| | Leve | 258<br>38,3% | 64<br>37,0% | 69<br>36,5% | 83<br>44,1% | 42<br>34,1% | |
| | Mod | 124<br>18,4% | 25<br>14,5% | 40<br>21,2% | 37<br>19,7% | 22<br>17,9% | |
| | Elev | 131<br>19,5% | 34<br>19,7% | 44<br>23,3% | 30<br>16,0% | 23<br>18,7% | |
| | ME | 23<br>3,4% | 6<br>3,5% | 7<br>3,7% | 1<br>0,5% | **9***<br>**7,3%** | |
| | NA | 21 | 1 | 6 | 10 | 4 | |
| **Apenas pacientes com risco de LLP moderado, elevado ou muito elevado** | | | | | | | |
| 23) Calcâneos estão livres de pressão | Sim | 95<br>34,2% | 21<br>32,3% | 37<br>40,7% | 21<br>30,9% | 16<br>29,6% | 0,453 |
| | Não | 183<br>65,8% | 44<br>67,7% | 54<br>59,3% | 47<br>69,1% | 38<br>70,4% | |
| 24) A enfermagem realiza a hidratação da pele após o banho | Sim | 132<br>47,5% | 31<br>47,7% | 35<br>38,5% | 33<br>48,5% | 33<br>61,1% | 0,288 |
| | Às vezes | 25<br>9,0% | 6<br>9,2% | 9<br>9,9% | 7<br>10,3% | 3<br>5,6% | |
| | Não | 121<br>43,5% | 28<br>43,1% | 47<br>51,6% | 28<br>41,2% | 18<br>33,3% | |
| 25) A enfermagem realiza a troca de decúbito a cada 2h | Sim | 69<br>24,8% | 20<br>30,8% | 19<br>20,9% | 16<br>23,5% | 14<br>25,9% | 0,081 |
| | Às vezes | 44<br>15,8% | 12<br>18,5% | 12<br>13,2% | 6<br>8,8% | 14<br>25,9% | |
| | Não | 165<br>59,4% | 33<br>50,8% | 60<br>65,9% | 46<br>67,6% | 26<br>48,1% | |

Fonte: dados de pesquisa (2020-2021)

## 5.1 UNIDADES DE INTERNAÇÃO

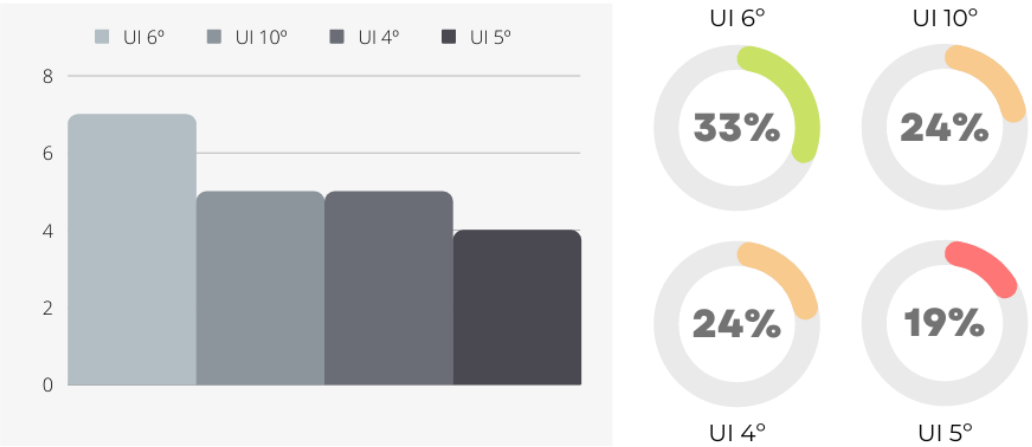
Na comparação dos resultados entre as unidades de internação, conforme Ilustração 1, a UI do 6º andar obteve o maior índice de adesão geral, porém majoritariamente concentrada na identificação do paciente, conforme Quadro 2, em que obteve resultado estatisticamente significativo (p=0,000) na análise de integralidade e legibilidade da pulseira de identificação.

A UI do 4 andar obteve o maior índice, 48,3%, em conferência da pulseira antes da administração das medicações com resultado estatisticamente significativo (p=0,002) e, segundo lugar, nas avaliações do risco de queda com 93,6% (p=0,001) e risco de LPP com 94,8% (p=0,002).

A UI do 10 obteve as maiores adesões em higiene de mãos com resultado estatisticamente significativo (p=0,022) em "profissionais de saúde às vezes higienizam as mãos", o maior índice em avaliação do risco de quedas com 94,4% (p=0,001) e na entrega do folder de orientação com 24,2% (p=0,001).

A UI do 5º, foi a unidade com menores índices de adesão gerais, concentrando seus melhores resultados, estatisticamente significativos, em prevenções de quedas em presença do acompanhante com 90,4% (p=0,046) e orientação sobre como evitar quedas com 57,4% (p=0,031).

Figura 1: Comparativo da adesão entre unidades de internação




Fonte: dados de pesquisa (2020-2021)

Quadro 3: Distribuição das variáveis conforme unidade de internação com maior adesão.

| **Variáveis observadas** | **UI com maior adesão** |
|---|---|
| Identificação do Paciente<br>- Presença de pulseira<br>- Pulseira integra e legível<br>- Conferência antes dos procedimentos<br>- Presença de pulseira de alergia | <br>UI 6º<br>UI 6º (p=0,000)<br>UI 6º<br>UI 6º |
| Medicações<br>- Conhece todas as medicações em uso. | <br>UI 10º |

| | |
|---|---|
| - Informação do nome do medicamento antes da adm.<br>- Conferência da pulseira | UI 6º<br>UI 4º (p=0,021) |
| Higiene de Mãos<br>- Presença de álcool gel<br>- Presença de cartaz de orientação<br>- Profissionais higienizam as mãos | <br>UI 4º<br>UI 10º<br>UI 10º (p=0,022) |
| Risco de Quedas<br>- Independente do risco, cama baixa<br>- Avaliação nas primeiras 24h<br>- Presença de pulseira de risco<br>- Presença de acompanhante<br>- Entrega de folder de orientação<br>- Orientação ao paciente<br>- Grades elevadas | <br>UI 6º<br>UI 10º (p=0,001)<br>UI 5º<br>UI 5º (p=0,046)<br>UI 10º (p=0,001)<br>UI 5º (p=0,031)<br>UI 6º |
| Risco de LPP<br>- Independente do risco, realizada verificação da pele<br>- Avaliação nas primeiras 24h<br>- Calcâneos livres de pressão<br>- Hidratação da pele<br>- Mudança de decúbito a cada 2h | <br>UI 4º<br>UI 4º (p=0,002)<br>UI 5º<br>UI 6º<br>UI 4º |

Fonte: dados de pesquisa (2020-2021)

## 6. DISCUSSÃO

Segundo a OMS, a saúde é atualmente considerada uma indústria de alto risco em que, quando falhas na assistência ocorrem, raramente é devido a um erro de um único indivíduo. Na verdade, a causa de um evento adverso, na assistência à saúde, ocorre devido a um erro humano associado a um complexo conjunto de falhas em ações, processos, relacionamentos de equipe, comunicação, comportamento humano, cultura organizacional, etc[15]. Erros relacionados à assistência na saúde, infelizmente, ainda são muito prevalentes. Nos EUA, o número de mortes atribuíveis a erros atinge cerca de 251.454 casos ao ano, ocupando o terceiro lugar, atrás apenas de casos de câncer e doenças cardíacas[39]. Em países de média e baixa renda, como o Brasil, sugere-se que 1 a cada 4 pacientes seja prejudicado com 134 milhões de eventos ao ano, contribuindo para cerca de 2,6 milhões de mortes. No geral, 60% das mortes em países de média e baixa renda passíveis de cuidados em saúde, ocorrem devido a cuidados inseguros e má qualidade[39].

### 6.1 IDENTIFICAÇÃO

Com relação à identificação correta do paciente, conforme os resultados apresentados, a presença da pulseira teve uma adesão de 97,7%, porém, quando se observa a integralidade da pulseira, esse índice reduziu para 90,7% e, quando se verifica a conferência da pulseira pelos profissionais, o percentual de adesão cai consideravelmente para 57,5%. Com relação à pulseira de alergias, dos pacientes alérgicos, 83,1% estavam com a pulseira vermelha. A partir desses resultados, pode-se afirmar que o uso da pulseira de identificação é parte da cultura da instituição, porém com oportunidades de melhoria no que tange à integralidade e legibilidade. No entanto, a identificação da presença de alergias e a conferência das pulseiras pelos profissionais são pontos de fragilidades que necessitam atenção e atuação dos gestores. Por se tratar da etapa que antecede a maioria dos cuidados, a identificação correta representa uma das ações prioritárias para que os serviços de saúde possam direcionar condutas relacionadas à segurança do paciente[40-41].

Em um estudo realizado no Nordeste do Brasil, a adesão à presença da pulseira foi de 94% e a integralidade da mesma teve um percentual de adesão de

82%[41]. Em outro estudo realizado no Paraná, o percentual de adesão à pulseira de identificação foi de 95,2% e a integridade e legibilidade da pulseira foi de 97,1%[42]. Em uma pesquisa realizada em Porto Alegre, 95,8% dos pacientes estavam com a pulseira de identificação, porém apenas 83,9% estavam com a pulseira conforme[40].

Não foram encontrados estudos avaliando a conferência da pulseira pelos profissionais, no entanto, em uma revisão sobre a perspectiva do paciente acerca de sua segurança, seis trabalhos foram mencionados com destaque para um realizado na Suíça em que os pacientes referiram terem sido confundidos tendo, inclusive, recebido tratamentos destinados a outros pacientes[43].

A partir dos achados, é possível inferir que as maiores fragilidades do presente estudo estão na identificação da presença de alergias e, especialmente, na conferência da pulseira exigindo novas estratégias da instituição e fortalecimento da cultura de segurança a fim de sensibilizar os profissionais da importância não apenas da presença, mas, principalmente, da função de confirmar os dados de identificação do paciente antes da realização de procedimentos e medicações.

## 6.2 MEDICAÇÕES

O uso seguro de medicamentos foi tema, em 2017, do 3º Desafio Global da OMS a fim de evitar e reduzir danos relacionados a medicações, reconhecendo a relevância do tema. Segundo a OMS, erros de medicação são responsáveis por ao menos uma morte, nos EUA, diariamente e, ao ano, causam danos a aproximadamente 1,3 milhão de pessoas[44]. Dentre os objetivos desse desafio, cabe destacar o incentivo ao engajamento e empoderamento dos pacientes, familiares e/ou cuidadores para que tenham cada vez mais espaço para questionamentos, funcionando como uma barreira no cuidado podendo gerenciar, inclusive, os medicamentos em uso[45].

O presente estudo vai ao encontro das orientações da OMS, em que se avalia o conhecimento dos pacientes e acompanhantes sobre o nome das medicações em uso e, também, a informação que o paciente deve receber da equipe de enfermagem sobre o nome das medicações antes de sua administração. Nesse aspecto, apenas 22,9% dos participantes referiram saber o nome de todos os medicamentos que faz uso no ambiente hospitalar e 66,4% referiram que a equipe de enfermagem sempre informa o nome da medicação antes de sua administração,

ou seja, 77,1% dos participantes não sabe o nome de todas as medicações que recebe e 33,6% não são informados do nome da medicação, pela equipe, sempre que a recebem o que inviabiliza sua participação como barreira para evitar erros e eventos adversos relacionados à medicação aumentando o risco da ocorrência desses eventos. No documento dirigido pela OMS "*Por que o engajamento do paciente se tornou prioridade?*", a organização dá ênfase ao fato de que o paciente e seus familiares são capazes de observar situações que os profissionais, na pressa do dia a dia, não conseguem[46]. O PNSP ainda destaca que a maioria dos pacientes desconhecem seus direitos e aqueles que os conhecem terminam sendo mal interpretados pelos profissionais[47].

O uso de medicação, em ambientes hospitalares, possui alta complexidade favorecendo a ocorrência de erros que podem estar associados à prática profissional com fatores contribuintes que funcionam como verdadeiros gatilhos[48]. Dentre esses fatores, destaca-se a sobrecarga de trabalho, ambiente laboral e baixa adesão aos protocolos institucionais[48]. No presente trabalho, avaliou-se a conferência da pulseira, pelos profissionais, antes da administração das medicações em que apenas 38,2% dos entrevistados afirmaram terem seus nomes conferidos na pulseira sempre antes da administração das medicações. Percebe-se uma diferença nesse resultado quando comparado à conferência da pulseira antes dos procedimentos (57,5%) possivelmente em razão da frequência e número de medicações administradas todos os dias nos pacientes, muitas vezes, pelo mesmo profissional de saúde ocorrendo, então, uma banalização sobre tal processo.

Segundo a literatura, mesmo nas instituições mais seguras, falhas ocorrem visto que processos envolvendo fatores humanos são altamente suscetíveis a erros, no entanto, tais falhas são consequências de um sistema que propicia sua ocorrência. Dessa forma, aumentar o número de barreiras no processo, incluindo o paciente, engajando profissionais e fortalecendo a cultura organizacional são fundamentais para a redução dos erros relacionados à medicação. É preciso introjetar nos profissionais de saúde a importância da participação do paciente como um aliado no cuidado e não mais como um mero fator passivo, além de educar os profissionais sobre a importância dos protocolos e processos institucionais[49-50].

Ainda que a ação global esteja completando cinco anos de seu lançamento, os estudos envolvendo pacientes e uso de medicações seguras em ambientes hospitalares ainda seguem incipientes.

## 6.3 HIGIENE DE MÃOS

Um tema muito debatido desde a época de Semmelweis e Florence Nightingale tem sido a higienização das mãos que visa reduzir as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)[51-54]. Tema este que já foi pauta do primeiro desafio Global lançado em 2005, pela OMS, e que teve grande destaque durante a pandemia de COVID-19[52]. Mesmo sendo um tópico abordado e debatido há muitos anos, a higiene de mãos, uma ação simples, porém muito eficaz, segue sendo extremamente relevante, atual e frequentemente negligenciada pelos profissionais da saúde[51-54].

Com o avanço da medicina e tecnologias, os tratamentos contam cada vez mais com procedimentos invasivos que, associado à baixa adesão à higiene de mãos - principal ferramenta de trabalho dos profissionais -, torna os doentes críticos ainda mais suscetíveis a desenvolverem infecções em ambientes hospitalares. Aliado a isso, o uso indiscriminado de antimicrobianos, ainda mais evidente durante a pandemia recentemente vivenciada, torna urgente a discussão e realização de ações relacionadas ao tema[54].

Neste estudo, a presença de álcool gel no ambiente próximo ao paciente foi de 68,3%. Pode-se inferir que tal índice seja reflexo do período pandêmico vivenciado, durante o qual, os dados foram coletados já que, naquele momento, muitos insumos básicos, como o álcool gel, ficaram extremamente escassos no mercado. A falta desse insumo prejudica a higienização das mãos em virtude da maioria dos leitos não possuírem estrutura próxima para higienização das mãos com água e sabão. Já o índice relacionado à presença do cartaz de orientação sobre a correta técnica de higienização das mãos estava presente em 83,0% dos dispensers.

Segundo relatório da Anvisa, em que diversos estudos foram analisados, a adesão à higiene de mãos pode variar de 5% a 81%, tendo uma média de cerca de 40%[53]. Em um estudo realizado no Sul do Brasil, a taxa de adesão à HM foi de 54,5%[53]. Em outro estudo, realizado em uma UTI no Sudeste do país, a taxa de adesão foi de 43%[53]. Não obstante, internacionalmente os índices também são frequentemente frágeis, como demonstra uma pesquisa realizada na Suíça em que a adesão mostrou-se inferior à 66%[53].

Para os pacientes analisados no presente estudo, 64,7% dos profissionais de saúde sempre higienizam as mãos, um índice muito similar ao observado na literatura e, consequentemente, com grandes oportunidades de melhoria. Estudos recentes têm utilizado a estratégia multimodal como técnica para melhorar a adesão dos profissionais, sendo a participação do paciente um dos pilares deste método. Em uma pesquisa realizada em Genebra, o envolvimento do paciente foi capaz de aumentar a adesão à HM de 66% para 77% ($p<0,04$)[52].

Educar e capacitar pacientes e familiares para estarem mais atentos e ativos em seu cuidado tem se tornado uma estratégia muito estimulada pela OMS, no entanto ainda existe uma resistência por parte dos profissionais da saúde em aceitarem, de forma ativa, a participação de quem está no centro do cuidado[51]. Não obstante, muitos pacientes sentem-se constrangidos e até mesmo intimidados em chamar a atenção dos profissionais para a higienização das mãos. Nesse sentido, a mudança cultural da organização deve ser incentivada a fim de educar e motivar os profissionais de saúde sobre a relevância e impacto da participação dos pacientes no processo de cuidado. Além disso, mudanças estruturais e filosóficas na instituição também são de suma importância. A mudança cultural de uma instituição é um processo lento e gradual que demanda constância por parte dos gestores.[52,55].

## 6.4 RISCO DE QUEDAS

A queda é definida como o deslocamento do corpo para um nível inferior à sua posição inicial resultando, ou não, em dano ao paciente. Quedas são consideradas grandes problemas de saúde pública já que são as principais responsáveis por lesões não fatais e mortes em pessoas idosas causando dano em cerca de 30% a 40% dos casos. O Protocolo de Prevenção de Quedas criado em 2013, no Brasil, determina que todos os pacientes devem ser avaliados quanto a esse risco. Logo, no presente estudo, segundo normas da instituição e seguindo o protocolo nacional, todos os pacientes deveriam ter seu risco de quedas avaliado dentro das primeiras 24h de internação. Entretanto, durante o período analisado, 88,5% dos pacientes tiveram sua primeira avaliação realizada. No hospital estudado, o perfil de pacientes atendidos são frequentemente idosos, o que vai ao encontro

dos resultados encontrados na avaliação de risco em que 57,9% foram classificados com risco elevado segundo a escala de Morse[56-57].

Ainda com base no estudo realizado, várias foram as variáveis avaliadas a fim de prevenir quedas no ambiente hospitalar naqueles pacientes classificados com risco elevado. Dentre as intervenções destacadas pelo Protocolo, a identificação do paciente com a pulseira de risco deve ser considerada. No entanto, no presente estudo, dentre os pacientes com risco elevado, apenas 44,4% estavam devidamente identificados. Já com relação à presença de acompanhante, 84,2% dos pacientes estavam acompanhados, fato que poderia ser considerado como um fator protetor já que estudos têm demonstrado que pacientes sozinhos tendem a cair mais[58].

Outra medida utilizada é manter as grades do leito elevadas que, neste estudo, teve uma adesão de 64,5%. Já, quando avaliada a orientação sobre o risco, 49,5% dos pacientes referiram terem recebido orientação sobre prevenção de quedas e apenas 10,5% afirmaram terem recebido orientações através de folder informativo, uma iniciativa do hospital com o intuito de educar os pacientes, porém com uma baixíssima adesão por parte dos profissionais responsáveis pela entrega do material. Independente do risco de queda do paciente, em 76,1% dos leitos, os pacientes estavam com a cama em posição baixa tornando sua saída do leito mais segura. Publicações avaliando a beira-leito tais variáveis ainda seguem incipientes.

Com relação à prevenção de quedas, é possível identificar diversas fragilidades na cultura da instituição, desde a identificação do risco até medidas simples como a colocação da pulseira e orientações. Ações nesse sentido são fundamentais tendo em vista as consequências devastadoras que as quedas são capazes de provocar. Cabe ressaltar a importância da presença do familiar nesse contexto alinhado com resultados americanos que identificaram uma maior probabilidade de quedas não assistidas causarem danos ao paciente[58].

## 6.5 RISCO DE LESÕES POR PRESSÃO

As lesões por pressão são danos na pele ou em tecidos próximos resultantes da pressão exercida sobre esses tecidos geralmente em regiões de proeminências ósseas ou, ainda, associadas ao uso de dispositivos médicos. Podem apresentar-se em pele íntegra ou na forma de úlceras, sendo frequentemente associadas à dor e, por consequência, afetando a qualidade de vida dos pacientes. Nesse sentido, as

LPP são um indicador de qualidade assistencial e compõem, juntamente com as quedas, a sexta meta de segurança do paciente[59-61].

Os fatores para a ocorrência de LPP são multifatoriais, estando relacionados a condições gerais do paciente, estado nutricional, perfusão tecidual, microclima e tolerância dos tecidos a fontes de pressão[59]. Ainda que a maioria das LPP sejam evitáveis, estima-se que, nos EUA, 600 mil pacientes morram todos os anos em decorrência dessas lesões. Segundo a literatura, a incidência de LPP em ambientes hospitalares, no Brasil, varia de 22% a 49,2% a depender do local de internação[60,62].

Assim, o presente estudo, alinhado com as recomendações do MS para prevenção das LPP, avaliou a adesão dos profissionais de enfermagem à inspeção da pele do paciente diariamente, independente do risco de lesão, tendo 61,1% dos pacientes sua pele devidamente examinada. Além disso, o protocolo recomenda a avaliação do risco de desenvolvimento de LPP em todos os pacientes internados. Neste estudo, utilizou-se a escala de Braden em que 87,6% dos pacientes foram avaliados dentro das primeiras 24h de internação. Com relação à classificação de risco, 41,3% dos pacientes foram classificados, pelo menos, com risco moderado. Desses pacientes, apenas 34,2% estavam com os calcâneos livres de pressão e 24,8% afirmaram terem o decúbito modificado a cada 2h. Além disso, apenas 47,5% dos pacientes tiveram sua pele hidratada após o banho.

Pacientes com maior risco de desenvolver lesões geralmente possuem um grau de dependência maior exigindo um melhor dimensionamento de enfermagem. Através dos resultados e observando não haver diferenças significativas entre as unidades de internação, faz-se necessário identificar as causas da baixa adesão geral dos profissionais às medidas práticas preventivas, já que a baixa adesão concentra-se especialmente nas mudanças de decúbito frequentes e hidratação da pele. É necessário garantir um adequado dimensionamento de enfermagem e, a partir disso, mudanças culturais na organização a fim de educar e estimular os profissionais a aderirem aos cuidados profiláticos relacionados às LPPs.

## 6.6 FORÇAS E FRAGILIDADES

A adesão a protocolos de identificação do paciente na instituição, segundo os resultados apontados, é parte da cultura da instituição. Os itens de maior fragilidade aparecem quando envolvem a educação, orientação e participação dos pacientes

como em medicações, prevenção de quedas e LPP. Nesse aspecto, existem muitas oportunidades de melhoria que exigirão ações da grande gestão, tanto em empoderar o paciente quanto em sensibilizar e capacitar a equipe para educar e atender pacientes mais envolvidos com sua segurança, sem que isso fomente atritos entre pacientes e profissionais.

## 6.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação, destaca-se a coleta de dados em banco de dados em que não foi possível caracterizar de forma detalhada a população participante, além da escassez de publicações acerca do tema envolvendo avaliação das metas de segurança, especialmente identificação, medicações e lesões por pressão.

Importante destacar a situação pandêmica vivenciada durante a coleta de dados em que o índice de *turnover* e *burnout* dos profissionais da saúde esteve especialmente alto. Além disso, a pandemia também prejudicou a distribuição de insumos hospitalares, o que pode ter prejudicado alguns dos resultados avaliados.

## 6.8 CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM

Os resultados encontrados podem contribuir para o avanço científico da segurança do paciente visto que trazem resultados pioneiros no que tange à avaliação das metas de segurança em unidades de internação com um instrumento de avaliação passível de aplicação em outras instituições sendo capaz de auxiliar na identificação das fragilidades assistenciais, além de promover a participação do paciente em seu cuidado.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados analisados, foi possível observar que os processos envolvendo identificação com pulseiras e avaliação de risco de queda e LPP demonstraram fazer parte da cultura organizacional estando alinhados com resultados observados na literatura. No entanto, as ações dos profissionais de saúde que devem ocorrer a partir desses processos que envolvem a educação, orientação e participação dos pacientes, têm índices ainda frágeis exigindo das lideranças ações educativas constantes a fim de engajar os pacientes e profissionais fortalecendo a cultura da instituição.

Entre as unidades de internação, a UI do 6º andar, direcionada ao atendimento de pacientes da traumatologia e oncologia, conquistou, com exceção da higiene de mãos, a maior adesão em, pelo menos, um item em cada meta avaliada sendo a unidade com maior adesão geral. Já a UI do 5º andar, que atende pacientes da neurologia e neurocirurgia, foi a unidade com menor adesão geral, obtendo maior adesão apenas em quatro itens relacionados aos riscos de queda e LPP.

Publicações envolvendo avaliação das metas de segurança à beira-leito e participação dos pacientes ainda seguem incipientes. Portanto, recomenda-se a realização de mais estudos avaliando ações e condutas dos profissionais. Nesse sentido, a educação e envolvimento dos pacientes são fundamentais como participantes do processo de segurança do paciente e, consequentemente, barreiras no cuidado.

## REFERÊNCIAS


1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE. Brasília (DF): 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
2. Nascimento JC, Draganov PB. História da qualidade em segurança do paciente. Hist. enferm., Rev. eletrônica [internet]. 2015; 6(2):299-309. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf
3. Neuhauser D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. Qual. saf health care. 2003; 12:317. Disponível em: https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/4/317.full.pdf
4. Reis AT, da Silva CRA. Segurança do Paciente. Cad. Saúde Pública [Rio de Janeiro]. 2016; 32(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/1678-4464-csp-32-03-eRE020316.pdf
5. de Souza RF, Alves AS, de Alencar IGM. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. Rev. enferm. UFPE online [Internet]. 2018;12(1):19-27. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25205/25798.
6. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf;jsessionid=72408B0068BBEECBF8C41169EF319F84?sequence=4
7. IBSP. Segurança do Paciente: 10 fatos importantes segundo a OMS. 2018. Disponível em: https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/seguranca-do-paciente-confira-10-fatos-importantes-segundo-a-oms/
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente: estado da arte e perspectivas. 2015. Disponível em:

https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/2.c%20-%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20PNSP%20-%20setembro_2013.pdf

9. JCI. Joint Comission International. Padrões de Acreditação, 4. ed. Rio de Janeiro, 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM no 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
11. de Souza CS, Tomaschewski-Barlem JG, Rocha LP, Barlem ELD, Silva TL, Neutzling BRS. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2019 [citado 2021 Maio 13]; 40(spe): e20180294. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180294.pdf. Doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294
12. Paim RSP, Bellaver DC, Belmonte J, et al. Erros de medicação e segurança do paciente: uma revisão integrativa de literatura. Rev. Gest.Saúde. Brasília; 2016. 7(3). Available from: https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3660/3339
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília: 2017.
14. Proqualis. Projeto: Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. 2015. Disponível em: https://proqualis.net/noticias/projeto-pacientes-pela-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde
15. World Health Organization. Final draft Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. WHO: Genebra. 2021; Available: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan.
16. Arboit EL, *et al*. Fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes relacionados à terapia medicamentosa em terapia intensiva. Rev. online de pesquisa cuidado e fundamental [Internet]. 2020; 12:1030-1036. Disponível em:

http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7456/pdf_1. Doi: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7456

17. World Health Organization: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf;jsessionid=72408B0068BBEECBF8C41169EF319F84?sequence=4
18. World Health Organization. WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY FORWARD PROGRAMME. WHO: Genebra. 2005; Available: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
19. Didier Pittet, MD, MS; Sir Liam Donaldson, MD, MSc. Clean Care is Safer Care: The First Global Challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. Infection control and hospital epidemiology [Internet] 2005; 26(11): 891-894. Available from: https://www.who.int/patientsafety/information_centre/ICHE_Nov_05_CleanCare_1.pdf
20. World Health Organization. Medication without harm: WHO global patient safety challenge. Geneva: WHO; 2017. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1.
21. dos Santos PRA, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180347. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180347.pdf
22. Hoffmeister LV, Moura GMSS de. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(1):36-43. Available from: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Uso%20de%20pulseiras%20de%20identifica%C3%A7%C3%A3o%20em%20pacientes%20internados%20em%20um%20hospital%20universit%C3%A1rio.pdf
23. IBSP. Enfermagem é principal barreira para evitar erro relacionado ao uso de medicamento [Internet]. 2017. Available from: https://www.segurancadopaciente.com.br/opiniao/enfermagem-e-principal-barr

eira-para-evitar-erro-relacionado-ao-uso-de-medicamento/#:~:text=Como%20barreiras%20de%20preven%C3%A7%C3%A3o%20para,dupla%20checagem%20por%20profissionais%20diferentes

24. Tipple AFV, Mendonça KM. Adesão à higiene de mãos: uma herança esperada da pandemia da COVID-19. Rev. Eletr. Enferm.[Internet]. 2021. 23:68921. Disponível em: https://doi.org/10.5216/ree.v23.68921.
25. Prates CG, Stadñik CM. Segurança do Paciente, Gestão de Riscos e Controle de Infecções Hospitalares. Porto Alegre: Moriá, 2017.
26. OLIVEIRA, A.C; PAULA, A.O. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. Acta Paul Enferm. v. 24, n.3, 2011. p. 407-413. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300016
27. BRASIL Ministério da Saúde. Protocolo prevenção de quedas. Agência de Vigilância Sanitária e Fiocruz, 2013. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20-%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf
28. EBSERH. POP: Prevenção de Quedas – Núcleo de Segurança do paciente – Campina Grande: 2020. 15p. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/pops/dezembro-2020/19-pop-004-nsp-prevencao-de-quedas.pdf
29. Radecki B, Keen A, Miller J, McClure JK, Kara A. Innovating Fall Safety: Engaging Patients as Experts. J Nurs Care Qual. 2020 Jul/Sep;35(3):220-226. Disponível em: doi: 10.1097/NCQ.0000000000000447.
30. Jesus MAP, Pires PS, Biondo CS, Matos RM. Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. Rev baiana enferm. 2020;34:e36587. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v34/1984-0446-rbaen-34-e36587.pdf
31. Rebouças RO, Belchior AB, Marques ADB, Figueiredo SV, Carvalho REFL, Oliveira SKP. Qualidade da assistência em uma unidade de terapia intensiva para prevenção de lesão por pressão. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.,2020,18:e3420. https://doi.org/10.30886/estima.v18.947_PT. Disponível em: https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/947/377

32. Galetto SGS, Nascimento, ERP, Hermida, PMV, Lazzari DD, Reisdorfer N, Busanello J. Percepção de profissionais de enfermagem sobre lesões por pressão relacionadas a dispositivos médicos. Esc Anna Nery 2021;25(2):e20200225. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v25n2/1414-8145-ean-25-2-e20200225.pdf
33. Prates CG, de Magalhães AMM, Balen MA, de Moura GMSS. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. Rev. Gaúcha de Enferm. 2019; 40 (esp): e20180150. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180150.pdf
34. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG; 2017. Disponível em: https://www.iess.org.br/cms/rep/anuario_atualizado_0612.pdf
35. Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente. Três pacientes morrem a cada cinco minutos por causas evitáveis [Internet]. 2017. Available from: https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/tres-pacientes-morrem-cada-cinco-minutos-por-causas-evitaveis/
36. Couto RC, Pedrosa TMG, Roberto BAD, Daibert PB. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina UFMG; 2018. Disponível em: https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf
37. Pillar VCFL, Duarte SCM, Martins M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. Cad. Saúde Pública: 2020; 36(12). Doi: 10.1590/0102-311X00223019
38. Lozada G, Nunes KS. Metodologia Científica. Porto Alegre: SAGAH, 2018.
39. Kasalak O, Yakar D, Dierckx RAJO, Kwee TC. Patient safety in nuclear medicine: identification of key strategic areas for vigilance and improvement. Nuclear Medicine Communications: 2020; 41(11). DOI: 10.1097/MNM.0000000000001262
40. Hoffmeister LV, Moura GMSS. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. Rev Latino-Am. Enfermagem: 2015; 23(1). DOI: 10.1590/0104-1169.0144.2522
41. Silva RAR, *et al*. Avaliação da conformidade de utilização de um protocolo para identificação de pacientes. Revista Cubana de Enfermería: 2020; 36(2).

Disponível em: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2792

42. Souza RM, Vituri DW, Cabulon EAIC, Pegoraro LGO, Maziero ECS. Identificação segura do paciente: adequação do uso da pulseira por impressão térmica em um Hospital Público Universitário do Norte do Paraná. R. Saúde Públ.: 2019; 2(Suppl 1). DOI 10.32811/25954482-2019v2supl1p11
43. Villar VCSL, Duarte SCM, Martins M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. Cad. Saúde Pública: 2020; 36(12). DOI: 10.1590/0102-311X00223019
44. World Health Organization. WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. Geneva: World Health Organization, 2017. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/medication-related-errors/en/
45. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Boletim ISMP: Desafio Global de Segurança do Paciente Medicação sem Danos. Belo Horizonte: ISMP, 2018; 7(1). Available from: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf
46. World Health Organization. Pourquoi l'engagement des patients est-il devenu une priorité?. [Internet]. 2018. Available from: https://bit.ly/2WYSAij
47. Behrens R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. Rev. bioét.: 2019; 27(2). Doi: 10.1590/1983-80422019272307.
48. Basile LC, *et al*. Análise das ocorrências de incidentes relacionados aos medicamentos potencialmente perigosos dispensados em hospital de ensino. Rev Gaúcha Enferm.: 2019; 40(esp). doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180220
49. Berger Z, et al. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. BMJ Qual Saf.: 2014; 23. DOI:10.1136/bmjqs-2012-001769
50. Cassiani SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Rev Bras Enferm.: 2005; 58(1). DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000100019
51. Oliveira AC, Pinto AS. Patient participation in hand hygiene among health professionals. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(2):259-64. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0124

52. Batista J, Silva DP, Nazário SS, Cruz EDA. Multimodal strategy for hand hygiene in field hospitals of COVID-19. Rev Bras Enferm.: 2020;73(Suppl 2). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0487
53. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Brasília: Anvisa, 2009. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf
54. Pittet D, Donaldson LJ. Clean Care is Safer Care: The First Global Challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. Infection Control and Hospital Epidemiology: 2005; 26(11). DOI: 10.1086/502513
55. Silva SK, Rossetto JR, Valim MD. Participação do paciente na adesão à higiene das mãos pelos profissionais de saúde: revisão integrativa. Revista De Epidemiologia E Controle De Infecção: 2021; 11(3). DOI: https://doi.org/10.17058/reci.v11i3.15983
56. Canuto CPAS, Oliveira LPBA, Medeiros MRS, Barros WCTS. Safety of hospitalized older adult patients: an analysis of the risk of falls. Rev Esc Enferm USP: 2020; 54. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018054003613
57. Aguiar JR, Barbosa AO, Galindo Neto NM, Ribeiro MA, Caetano JÁ, Barros LM. Fatores de risco associados à queda em pacientes internados na clínica médica-cirúrgica. Acta Paul Enferm.: 2019; 32(6). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900086.
58. Luzia MF, Prates CG, Bombardelli CF, Adorna JB, Moura GMSS. Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. Rev Gaúcha Enferm.: 2019; 40(esp). DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180307.
59. Pachá HHP, Faria JIL, Oliveira KA, Beccaria LM. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. Rev Bras Enferm [Internet]: 2018;71(6). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0950
60. Fontenele NAO, Ximenes MAM, Brandão MGSA, Fernandes CS, Galindo Neto NM, Carvalho REFL, et al. Creation and validation of a serial album for the prevention of Pressure Ulcer: a methodological study. Rev Bras Enferm.: 2021;74(3). DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1060
61. Bernardes RM, Caliri MH. Construção e validação de um website sobre lesão por pressão. Acta Paul Enferm.: 2020; 33. DOI: http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO01305

62. Brasil. Ministério da Saúde. Anvisa. Fio Cruz. Protocolo para Prevenção de úlcera por pressão. Ministério da Saúde: 2013. Available from: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002429jFPtGg.pdf

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

# VIGILÂNCIA DE PROCESSOS

METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

*Obrigatório

Identificação

1. Auditores: *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ Lisiane

Segurança na Identificação

2. Unidade: *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 4º andar
- ◯ 5º andar
- ◯ 6º andar
- ◯ 10º andar

3. LEITO *

_____

4. Quem respondeu este questionário ?

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ Paciente
- ◯ Familiar
- ◯ Acompanhante

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. C - Paciente está com a pulseira de identificação? *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não

6. D - Está Conforme? *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não (apagada, rasgada,.....)
- ◯ 3 - Não se aplica ( paciente sem pulseira)

7. E - Questionar: "Os profissionais conferem a sua pulseira antes dos procedimentos?" *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Ás vezes
- ◯ 4 - Não sabe informar

8. F - Questionar: O(a) sr (a) possui algum tipo de alergia (medicamento ou alimento)?" *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Desconhece

9. G - Se for alérgico, está com a pulseira vermelha? *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Não se aplica (não é alérgico)

Segurança no uso de Medicamentos

10. H - Questionar o paciente: "O (a) sr (a) sabe todos os medicamentos que está usando?" (nome) *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim (todos)
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Alguns

11. I - Questionar: "Os profissionais lhe informam o nome dos medicamentos antes da administração?" *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim (sempre)
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Algumas vezes me informam
- ◯ 4 - Não sabe

12. J - Questionar: "Os profissionais conferem a pulseira antes de administrar os medicamentos"? *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Ás vezes

Higiene de mãos

13. K - Verificar se tem álcool gel disponível no quarto *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não tem álcool gel no dispensador
- ◯ 3 - Não tem dispensador

14. L - Verificar se tem cartaz de orientação (adesivo ou acrílico) *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não

15. M - Questionar: "Os profissionais higienizam as mãos antes de realizarem procedimentos com o (a) sr (a)? *

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Ás vezes
- ◯ 4 - Não sabe informar

Prevenção de Quedas

Prevenção de Quedas

16. P - Registrar o Risco de Queda do Paciente do último registro em PRONTUÁRIO: *

*Marcar apenas uma oval.*

- 1 - Baixo
- 2 - Médio
- 3 - Elevado
- 4 - Não avaliado

17. Q - Verificar no PRONTUÁRIO se o paciente foi avaliado quanto ao risco de quedas nas 1ªas 24 h de internação?

*Marcar apenas uma oval.*

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Paciente tem menos de 24 hs de internação

18. R - Se for risco RQ elevado, o paciente tem pulseira amarela?

*Marcar apenas uma oval.*

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Não se aplica ( risco baixo, médio ou não avaliado)

19. S - Se for RQ elevado, tem familiar acompanhando no momento da avaliação?

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Não se aplica ( risco baixo, médio ou não avaliado)

20. T - Se for RQ elevado, questionar: “O (a) sr (a) recebeu folder de orientação?”

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Não sabe informar
- ◯ 4 - Não se aplica ( risco baixo, médio ou não avaliado)

21. U - Se for RQ elevado, questionar: "O (a) sr (a) foi orientado sobre prevenção de quedas?"

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - não sabe informar
- ◯ 4 - Não se aplica (risco baixo, médio ou não avaliado)

22. V - Se for RQ elevado, as grades estão elevadas?

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Não se aplica (risco baixo, médio ou não avaliado)

23. W - Verificar: A cama está baixa? Independente do risco

*Marcar apenas uma oval.*

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Cama não elétrica

Prevenção de Lesão por Pressão

24. X - Registrar o Risco de Lesão por Pressão do último registro em PRONTUÁRIO: *

*Marcar apenas uma oval.*

- 1 - Sem risco
- 2 - Leve
- 3 - Moderado
- 4 - Elevado
- 5 - Muito Elevado
- 6 - Não avaliado

25. Y - Verificar no PRONTUÁRIO se o paciente foi avaliado quanto ao risco de lesão por pressão nas 1ªas 24 hs de internação?

*Marcar apenas uma oval.*

- 1 - Sim
- 2 - Não
- 3 - Paciente tem menos de 24 hs de internação

26. Z - Se for risco moderado, elevado ou muito elevado: Os calcâneos estão livres de pressão?

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 5 - Não se aplica (sem risco, leve ou não avaliado)

27. AA - Se for risco moderado, elevado ou muito elevado, questionar: "A enfermagem realizada hidratação da pele do paciente com óleo após o banho?"

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim ( sempre )
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Às vezes
- ◯ 4 - Não sabe informar
- ◯ 5 - A hidratação é realizada pelo cuidador ou familiar
- ◯ 6 - Não se aplica (sem risco, leve ou não avaliado)

28. AB - Se for risco moderado, elevado ou muito elevado, questionar: "A Enfermagem troca o paciente de lado (mudança de decúbito) a cada duas horas?"

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim (sempre)
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Às vezes
- ◯ 4 - Não sabe informar
- ◯ 5 - A mudança de decúbito é realizada pelo cuidador ou familiar
- ◯ 6 - Não se aplica (sem risco, leve ou não avaliado)

29. AC - Independente do risco, Questionar: "A enfermagem verifica o estado da pele do paciente diariamente?"

*Marcar apenas uma oval.*

- ◯ 1 - Sim
- ◯ 2 - Não
- ◯ 3 - Às vezes
- ◯ 4 - Não sabe informar

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO A - Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
Rua Sarmento Leite, 245 - Fones: 0 xx 51 3303 9000 - Fax: 0 xx 51 3303.8810
CEP 90050-170 - Porto Alegre - RS - www.ufcspa.edu.br

## Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, **Lisiane Teobaldi de Brito**, da Universidade Federal Ciências da Saúde de Porto Alegre, no âmbito da pesquisa intitulada **"Adesão dos profissionais de enfermagem às metas de segurança do paciente em unidades de internação adulto"**, comprometo-me com a utilização dos dados obtidos, a fim de obtenção dos objetivos previstos, somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos **banco de dados do Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos (SEGER),** bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem aos **registros da vigilância de processos realizada pelo SEGER**, no período de **01/01/2021 a 30/07/2021.**

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas à apreciação do CEP/ENSP.

Porto Alegre, 12 de agosto de 2021.

Membro da equipe

Profª Rita Caregnato
UFCSPA
COREN 22252

Assinatura do pesquisador responsável

# ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL ERNESTO DORNELLES - HED

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Adesão dos profissionais de enfermagem às metas de segurança do paciente em unidades de internação adulto

**Pesquisador:** Rita Catalina Aquino Caregnato

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 51023621.0.0000.5304

**Instituição Proponente:** ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS PUBLICOS DO ESTADO DO RGSUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.958.528

**Apresentação do Projeto:**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - CURSO DE ENFERMAGEM - PROJETO DE TCC.

Adesão dos profissionais de enfermagem às metas de segurança do paciente em unidades de internação adulto

Orientadora: Rita Catalina Aquino Caregnato

Coorientador: Luccas Melo

A fim de reduzir os riscos relacionados à assistência, a Organização Mundial da Saúde, em parceria com a Joint Commission International, criou, em 2011, as seis metas de segurança do paciente e, mais recentemente, instituiu o período de 2021 a 2030 como sendo a década de segurança do paciente.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer a adesão dos profissionais de enfermagem às metas de segurança do paciente em unidades de internação hospitalar adulto.

**Endereço:** Av. Ipiranga, 1801 - 7° andar -
**Bairro:** Azenha **CEP:** 90.160-093
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE
**Telefone:** (51)3217-8840 **E-mail:** cep@hed.com.br

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**
Os riscos envolvidos nesse projeto são mínimos visto que os dados serão coletados de registros, sem identificação dos pacientes. Dessa forma, a pesquisadora se compromete em zelar pela privacidade e sigilo das informações.

Benefícios: Os benefícios estão relacionados à melhoria dos serviços das UIs. Gerar indicadores assistenciais para a coordenação de gestão do cuidado de enfermagem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**
Estudo exploratório descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa.

A coleta dos dados ocorrerá através dos registros resultantes das coletas bimestrais realizadas pelo Serviço de Epidemiologia e Gerenciamento de Riscos, no período de janeiro de 2021 a julho de 2021.

O campo de estudo será a unidade de internação do HED.

A amostra será composta pelos registros da vigilância de processos onde se avalia a adesão dos profissionais de enfermagem às metas de segurança do paciente. Os dados são coletados à beira do leito, a partir da observação da estagiária e de perguntas ao paciente. A vigilância de processos é composta por um formulário com perguntas fechadas relacionadas às metas de segurança do paciente instituídas pela OMS.

A análise ocorrerá através de estatística descritiva, com média, desvio padrão, mediana, intervalo quartis, moda e frequências relativas absolutas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**
Apresenta termos obrigatórios + solicitação de isenção de TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**
Sem óbices éticos observados.

**Considerações Finais a critério do CEP:**
Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais (a cada 6 meses) e final de pesquisa no encerramento do estudo, por meio da Plataforma Brasil, via

notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1810231.pdf | 20/08/2021 21:27:50 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Lisiane_CEP.pdf | 20/08/2021 21:23:40 | LISIANE TEOBALDI DE BRITO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Lisiane_CEP.docx | 20/08/2021 21:21:38 | LISIANE TEOBALDI DE BRITO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_Compromisso_Dados_Lisiane_Brito.pdf | 20/08/2021 20:07:01 | LISIANE TEOBALDI DE BRITO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_Responsabilidade_Lisiane_Brito.pdf | 20/08/2021 20:06:12 | LISIANE TEOBALDI DE BRITO | Aceito |
| Outros | Termo_Anuencia_Gestor_Lisiane_Brito.pdf | 20/08/2021 20:04:57 | LISIANE TEOBALDI DE BRITO | Aceito |
| Outros | Memorando_de_Anuencia_Clinico_Lisiane_Brito.pdf | 20/08/2021 20:03:47 | LISIANE TEOBALDI DE BRITO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_Isencao_TCLE_Lisiane_Brito.pdf | 20/08/2021 19:59:25 | LISIANE TEOBALDI DE BRITO | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto_Lisiane_Brito.pdf | 20/08/2021 19:58:21 | LISIANE TEOBALDI DE BRITO | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

PORTO ALEGRE, 08 de Setembro de 2021

**Assinado por:**
**PAULO DORNELLES PICON**
**(Coordenador(a))**