

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JOSIANE BUGHAY RIBAS

**INSTRUMENTO DE COLETA DE INDICADORES DE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DOS
ENFERMEIROS**

CURITIBA

2017

JOSIANE BUGHAY

**INSTRUMENTO DE COLETA DE INDICADORES DE SEGURANÇA DO
PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DOS
ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional do Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Elizabeth Bernardino
Co orientadora: Prof.^a Dr.^a. Karla Crozeta Figueiredo

CURITIBA

2017

Bughay, Josiane

Instrumento de coleta de indicadores de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva dos enfermeiros / Josiane Bughay – Curitiba, 2017.

91 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino

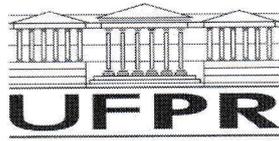
Coorientadora: Professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Gerenciamento de segurança. 4. Unidade de Terapia Intensiva. I. Bernardino, Elizabeth. II. Figueiredo, Karla Crozeta. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.736



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JOSIANE BUGHAY** intitulada: **INDICADORES DE SEGURANÇA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua Aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 02 de Agosto de 2017.

ELIZABETH BERNARDINO

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

LUCIANA SCHLEDER GONÇALVES

Avaliador Externo (UFPR)

MARCELO MARCONDES STEGANI

Avaliador Externo (UFPR)

Ao meu filho Bernardo, meu doce, amor da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar minhas decisões e me proteger em todos os caminhos.

À Professora Doutora Elizabeth Bernardino, minha orientadora, que me ensinou a acreditar no poder libertador do conhecimento, sempre disponível, paciente, e exigente, por meio do seu exemplo, me fez admirar ainda mais a profissão que escolhi, sem ela este trabalho jamais seria concluído.

À professora Karla Crozeta, minha co-orientadora, pelas valiosas contribuições, seu conhecimento ímpar, seu perfeccionismo, compreensão, apoio, amizade e ajuda no mestrado e em questões pessoais.

Ao meu marido Ciro, desde o início o maior incentivador deste desafio.

À minha mãe Maria Edite, minha irmã Joelma e meu cunhado Vinícius que me ajudaram de infinitas formas, especialmente cuidando do meu filho para que eu pudesse escrever.

Ao melhor amigo do mundo, Fernando Trevisan, sem palavras que descrevam o tamanho da sua amizade e ajuda.

À amiga Luana Heberle, pelo companheirismo e apoio inestimáveis.

À amiga Ines Machoseki, pelo apoio e amizade.

À enfermeira Elza Hoffer Virissimo por ter me incentivado a abraçar esta oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional.

À diretora de enfermagem do Hospital do Trabalhador Justina Cetnarski Maiczak e demais chefias do HT, pelo apoio, compressão e permissão para realizar o mestrado.

Ao estatístico Guilherme Parreira pela paciência, ajuda fundamental para que este trabalho se realizasse.

À Dra. Mirella Oliveira, a principal responsável por me inserir no "mundo" da segurança do paciente.

A amiga Annelise Heisler pela fundamental ajuda e apoio.

À gerente do setor de Informática do hospital, Nádia Pádua Mattos pelo acolhimento e empenho em me ajudar a realizar este trabalho.

Agradeço especialmente à Analista de Sistemas do hospital, Rebeca Pagnosi Fratucci, pelo brilhante trabalho realizado, talvez dentro do seu universo de desenvolver soluções de informática, não saiba o quão valioso é este instrumento

para nós enfermeiros, sendo um divisor de águas no que se refere à rotina da assistência nas UTIs, o instrumento informatizado era um sonho de anos.

Aos enfermeiros das UTIs por participarem deste estudo, contribuindo para o avanço científico.

Aos Programas de Segurança do Paciente e ações voltadas a um cuidado seguro.

Ao Hospital do Trabalhador pela oportunidade única de realizar o mestrado.

E a todas as professoras do Mestrado Profissional, que proporcionaram que eu me tornasse uma nova enfermeira, por meio do conhecimento transmitido

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quanti-qualitativa, que teve como objetivo geral elaborar um instrumento de coleta de indicadores de segurança para o gerenciamento do cuidado de enfermagem em UTI, e como objetivos específicos: listar os indicadores mensurados pela equipe multiprofissional nas UTIs; identificar indicadores de segurança relacionados ao cuidado de enfermagem; categorizar os indicadores; hierarquizar os indicadores e definir os indicadores que serão trabalhados prioritariamente para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. Foi realizada de setembro de 2016 a fevereiro de 2017, em um hospital de trauma cujos participantes foram 25 enfermeiros que trabalham atualmente ou já trabalharam nestas Unidades de Terapia Intensiva. A pesquisa teve três etapas: Na primeira etapa foi realizada análise dos documentos das Unidades de Terapia Intensiva, realizado comparação com os indicadores dos protocolos de segurança do Paciente do Ministério da Saúde e categorizados em: infecção, queda, lesão por pressão, identificação e outros; na segunda etapa foi aplicado aos enfermeiros um questionário com a lista de indicadores definida na Etapa um, para marcarem por meio de Escala de Likert o nível de concordância para cada indicador. Na terceira etapa foi realizado um grupo focal, com apresentação aos participantes da lista de indicadores resultantes do ranqueamento da Etapa dois. Como resultados da etapa um, foram extraídos 47 indicadores de Enfermagem. Na etapa dois, os indicadores foram classificados por valor atribuído. Na etapa três do grupo focal emergiram três temas principais, e por meio da análise destes temas, foi possível elencar e confirmar os indicadores de segurança relevantes para os enfermeiros. A organização dos indicadores de segurança, a determinação do seu conteúdo pelo consenso, a uniformização da coleta de dados, e a pontuação de algumas particularidades das categorias dos indicadores, permitiram elaborar um instrumento de coleta de indicadores. Como contribuição para o serviço, além das discussões e da facilidade de reorganização da coleta de indicadores, tem implicações diretas no processo de trabalho do enfermeiro e da gestão do hospital, que poderá se valer desses dados para tomadas de decisões estratégicas. A aplicação desses indicadores, em outras UTIs, possibilitará a comparabilidade interna e externa das instituições com relação aos seus processos de trabalho, podendo vir a ocasionar uma melhor avaliação dos serviços assim como decisões mais assertivas. Como experiência pessoal, houve ganho no aprendizado sobre o tema segurança do paciente, incitando momentos de reflexão em relação não só a obrigatoriedade das políticas públicas e a realidade profissional atual e suas dificuldades, quanto às exigências legais exigidas pelo Plano Nacional de Segurança do Paciente.

Palavras-chaves: Segurança do paciente. Indicadores de segurança. Gerenciamento de Segurança. Unidade de terapia intensiva. Enfermagem.

ABSTRACT

This is a descriptive, exploratory, quantitative-qualitative study which its general objective was to elaborate an instrument to collect safety indicators for the management of nursing care in the ICU, and as specific objectives: to list the indicators measured by the multiprofessional team in the ICUs; identify safety indicators related to nursing care; categorize indicators; arrange and determine the indicators that will be worked primarily for the management of nursing care. It was performed from September 2016 to February 2017 in a trauma hospital whose participants were 25 nurses who currently work or have already worked in these Intensive Care Units. The first step was to analyze the documents of the Intensive Care Units, they were compared to the indicators of the Ministry of Health's patient safety protocols and categorized as: infection, fall, pressure injury, identification, and others ; in the second stage, a questionnaire was applied to the nurses with the list of indicators defined in Step one, to mark by means of Likert Scale the level of agreement for each indicator. In the third stage, a focus group was held, with participants being presented with the list of indicators resulting from the ranking of Step two. As a result of stage one, 47 nursing indicators were extracted. In step two, the indicators were classified by attributed value. In stage three of the focus group, three main themes emerged, and through the analysis of these themes, it was possible to list and confirm the relevant safety indicators for nurses. The organization of safety indicators, the determination of their contents by consensus, the standardization of data collection, and the punctuation of some particularities of the categories of indicators, allowed the elaboration of an instrument for the collection of indicators. As a contribution to the service, besides the discussions and the ease of reorganization of the collection of indicators, it has direct implications in the nurses' work process and hospital management, which may use these data for strategic decision making. The application of these indicators in other ICUs will allow the internal and external comparability of the institutions in relation to their work processes, which may lead to a better evaluation of services as well as more assertive decisions. As personal experience, there was a gain in learning about patient safety, encouraging moments of reflection regarding not only the mandatory public policies and the current professional reality and its difficulties, but also the legal requirements required by the National Patient Safety Plan.

Key-words: Safety indicators. Patient Safety. Security Management. Intensive care unit.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – RESUMO DAS ETAPAS DA COLETA DE DADOS	41
QUADRO 2 – LISTA DE INDICADORES DE SEGURANÇA	44
QUADRO 3 – CATEGORIAS DE INDICADORES DE SEGURANÇA	46
QUADRO 4 – MEDIDAS DESCRITIVAS PARA CADA INDICADOR	47
QUADRO 5 – CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS PARA PRIMEIRA PERGUNTA.....	50
QUADRO 6 – CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS PARA SEGUNDA PERGUNTA.....	51

LISTA DE SÍMBOLOS

@ – arroba

% – porcentagem

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – IMPRESSÃO DE TELA COM A ABA SEGURANÇA DO PACIENTE	62
FIGURA 2 – IMPRESSÃO DE TELA COM ITENS DA ABA SEGURANÇA DO PACIENTE	62
FIGURA 3 – IMPRESSÃO DE TELA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	63
FIGURA 4 – IMPRESSÃO DE TELA DA ESCALA DE BRADEN	64
FIGURA 5 – IMPRESSÃO DE TELA DE AVALIAÇÃO DA PELE	65
FIGURA 6 – IMPRESSÃO DE TELA DE CONTROLE DE DISPOSITIVOS	65
FIGURA 7 – IMPRESSÃO DE TELA DE EVENTOS ADVERSOS	66
FIGURA 8 – IMPRESSÃO DE TELA COM REGISTRO FINAL DOS DADOS DA AVALIAÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	67

LISTA DE SIGLAS

ANVISA –	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CQH –	Controle de Qualidade Hospitalar
CV –	Cateter venoso
CVC –	Cateter venoso central
EA –	Eventos adversos
HT –	Hospital do Trabalhador
IBEAS –	Estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção à Saúde
IOM –	Institute of Medicine
JCAHO –	<i>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations</i>
MS –	Ministério da Saúde
NAS –	Nurse Active Score
NOTIVISA –	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
OMS –	Organização Mundial da Saúde
PS –	Pronto socorro
PAM –	Pressão arterial media
PIC –	Pressão intracraniana
PICC –	Cateter central de inserção periférica
PNSP –	Plano Nacional de Segurança do Paciente
RDC –	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP –	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SESA –	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SGQ –	Sistema Gerencial de Qualidade
SNE –	Sonda nasoenteral
SNG –	Sonda nasogástrica
SNVS –	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SP –	Segurança do Paciente
SUP –	Superintendência de Unidades Próprias
SVD –	Sonda vesical de demora
UFPR –	Universidade Federal do Paraná
UTI –	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs –	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	20
2.1. OBJETIVO GERAL	20
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	20
3. REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 POLÍTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	21
3.2 SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO À SAÚDE E NA ENFERMAGEM	25
3.3 INDICADORES DE SEGURANÇA	29
4. MÉTODO	35
4.1. TIPO DE PESQUISA	35
4.2. CENÁRIO DA PESQUISA	36
4.3. PARTICIPANTES E FONTES DE DADOS	36
4.4. ETAPAS DA PESQUISA, COLETA E ANÁLISE DE DADOS	37
4.5. ASPECTOS ÉTICOS	41
5. RESULTADOS	43
5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	43
5.2. RESULTADO DA PRIMEIRA ETAPA	43
5.3. RESULTADO DA SEGUNDA ETAPA	46
5.4. RESULTADO DA TERCEIRA ETAPA	49
6. DISCUSSÃO	52
6.1. INDICADORES EXISTENTES DAS UTIS, INDICADORES DE INTERESSE DA ENFERMAGEM E SUA CATEGORIZAÇÃO	52
6.2. INDICADORES DE SEGURANÇA HIERARQUIZADOS	54
6.3. O ESTABELECIMENTO DOS INDICADORES DE SEGURANÇA A SEREM TRABALHADOS SEGUNDO OS ENFERMEIROS	57
7. INSTRUMENTO DE COLETA DE INDICADORES	60
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICES	79
ANEXOS	84

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), no ano de 2004. A aproximação com o tema “Segurança do Paciente” (SP) emergiu de vivências profissionais como enfermeira em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de referência em oncologia no estado do Paraná durante cinco anos e, atualmente, em UTI Geral em um hospital referência em trauma aonde atuo há anos. Cursei pós-graduação *latu sensu* em Qualidade e Segurança do Paciente por meio de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Tal curso me proporcionou a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre segurança do paciente, e desenvolver competências, especialmente no que se refere ao monitoramento de indicadores de segurança, tornando-me assim, a responsável por estes no local aonde atuo.

Face à constatação que os indicadores eram trabalhados aleatoriamente, de forma fragmentada, sem uma hierarquização, correndo o risco de indicadores mais importantes não serem utilizados e vice-versa; o ingresso no Mestrado profissional em Enfermagem da UFPR veio preencher esta lacuna. Estudar os indicadores e hierarquizá-los permitiu elaborar uma intervenção, no caso um novo instrumento de coleta de dados, para efetivamente planejar o bom uso destes em prol dos pacientes atendidos no hospital e também facilitar processo de trabalho dos enfermeiros que atuam nas UTIs.

Este projeto está inserido na linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem e no projeto de pesquisa Espaços de Atuação do Enfermeiro: atribuições, funções, poder e visibilidade. Este trabalho é composto primeiramente da apresentação do tema e do problema, da revisão de literatura, do método, dos resultados, da discussão, da apresentação da elaboração de um instrumento de coleta de indicadores e das considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

Indicador é definido como um valor estatístico que demonstra o alcance de metas ao longo do tempo, e são utilizados para aferição do desempenho de funções, sistemas ou processos. (JOINT COMMISSION, 2014).

A utilização de indicadores assistenciais e gerenciais pelas instituições serve para monitorar os serviços ofertados e constituem instrumento de força e poder nos processos internos, desde que seus resultados sejam tratados adequadamente. (QUADROS, 2016; ROSSANEIS, 2015).

A adoção de diversas estratégias em vários países, com intuito de garantir cuidados de saúde mais seguros, é algo evidente nas últimas duas décadas, especialmente a criação de programas para o monitoramento da qualidade e segurança com base em indicadores. No que se refere ao Brasil, criar e padronizar indicadores pode ajudar na interação entre pesquisadores, especialistas, e os responsáveis pela tomada de decisão, viabilizando a geração de uma visão integrada que modernize o planejamento das ações nos serviços de saúde. (GOUVEA, 2011; SILVA, 2010).

Para que tal mudança ocorra no setor saúde, é preciso explicar que mecanismos de avaliação e controle de qualidade são totalmente dependentes de elaboração, utilização e monitoramento de indicadores de segurança, que sejam eficazes e específicos, de acordo com cada serviço prestado. Prestar cuidados em saúde é de tal complexidade que envolve não somente o paciente, mas os gastos que se tem ao realizar procedimentos, assim como a produção de resultados, sendo esta uma das características dos sistemas de saúde. (ANVISA, 2013).

Contudo, vale lembrar que a produção de resultados incertos, muitas vezes é caracterizada por erros e complicações, apresentando altos custos de eficiência e deixando insatisfeita a população que recebe tratamento e o profissional que presta o serviço. Nesse sentido, a qualidade do cuidado se destaca, assim como a necessidade de aprimoramento do processo de trabalho, por meio do uso de indicadores, padronizados e informatizados, para avaliação da efetividade do atendimento e demonstração das contribuições que fazem para os resultados alcançados pelo paciente. (FRAGATA, 2011; LIMA, 2014).

Para tanto, faz-se necessário compreender a ligação entre os temas eventos adversos (EA) e indicadores de segurança para se elaborar estratégias que visem a melhoria da prestação do cuidado. É no momento da prestação do cuidado à saúde que podem ocorrer EA, os quais culminam em danos ao paciente, não estão relacionados à doença inicial, comprometendo estrutura ou função do organismo, de ordem física, psicológica ou social. (WHO, 2013).

É clara a urgência de que todas as dimensões da qualidade da assistência sejam confiáveis, considerando a crise de confiabilidade vinculada aos serviços de saúde do Brasil, e a competência do profissional enfermeiro em colaborar para mudar esta realidade, mensurando a qualidade dos cuidados prestados. (VITURI, 2015).

Para o entendimento do tema, é importante compreender o conceito de segurança do paciente, que é entendido como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (RUNCIMAN *et al.*, 2009, pág. 34).

Os profissionais enfermeiros são especialmente citados, em relação ao tema, por serem aqueles que estão envolvidos direta e indiretamente no monitoramento da segurança do paciente, em qualquer setor da área da saúde. A participação da enfermagem é profunda e codependente, passando do preenchimento dos formulários, tomada de decisão, execução do procedimento assistencial mais complexo, notificação e tabulação de dados sobre os EA e indicadores de segurança até o planejamento de ações de saúde com base nos resultados.

Dessa forma, a colaboração do enfermeiro com sua atuação profissional permite conhecer e entender sobre os EA, seu gerenciamento, controle e fatores de risco relacionados, assim como implementar medidas preventivas e tratamento eficazes. O monitoramento de indicadores de EA é uma medida necessária para se compreender a realidade de determinado serviço e assim poder elaborar estratégias de prevenção.

A relevância de se realizar este estudo se dá pelo fato de que indicadores de segurança são necessários para reorganizar as práticas clínicas considerando ainda o fato que os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos) precisam estar cientes sobre o seu uso, o que pode contribuir para compreensão dos fatos e a tomada de decisões mais assertivas, com foco em melhores resultados.

Enfermeiros e demais profissionais de saúde, assim como várias instituições nacionais e internacionais, buscam por estratégias que visam garantir cuidados de saúde de forma mais segura. Trabalhar focado em resultados tornou-se uma obrigatoriedade em diversas instituições de saúde do mundo. Destaca-se entre estas estratégias a formulação de programas e sistemas, que buscam a segurança dos pacientes com base em indicadores.

Pode-se evidenciar esta busca, por estudos realizados a respeito do tema como o estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção à Saúde (IBEAS), realizado entre 2007 e 2009, em cinco países da América Latina. Este estudo mostrou que 10,5 % dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de evento adverso, e destes, 58,9% poderiam ter sido evitados. (ANVISA, 2013).

No Brasil, iniciou-se no final de 2012, um estudo de investigação para conhecer a frequência e a evitabilidade dos EA na atenção ambulatorial nos países da América Latina. (ANVISA, 2013).

Além disso, o lançamento do Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), elaborado pelo Ministério da Saúde brasileiro (MS), orienta a adoção de indicadores de monitoramento a serem incluídos nos protocolos definidos: cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; prevenção de lesão por pressão; identificação do paciente; prevenção de quedas; e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. (BRASIL, 2013).

Estes protocolos foram criados e padronizados na intenção de resolver vários dos problemas que envolvem a segurança do paciente, simplificando regras e as tornando eficazes e aplicáveis, também porque a prática do cuidado ao paciente deve ser baseada em evidências, devendo ser padronizada para evitar ocorrências de variações em todas as situações, os processos devem ser desenhados para alcançar alta confiabilidade. Instituições de saúde que demonstram usar as melhores práticas baseadas em evidências, por meio de processos padronizados, protocolos, “*checklists*”, “*guidelines*” demonstram sua preocupação em desenvolver práticas seguras. A nova geração de profissionais de saúde está gradativamente sendo capacitada a trabalhar seguindo estas ferramentas, podendo tornar-se mais amplamente aplicadas em um futuro próximo. (ANVISA, 2013).

No hospital onde foi realizado o estudo, houve uma ampliação de 10 para 30 leitos de UTI, separados em duas unidades distintas. Esta ampliação trouxe uma mudança significativa no perfil dos pacientes e no número de indicadores. Antes da

ampliação de leitos, até 2013, o principal motivo de internamento era violência interpessoal (27%), seguido de acidentes de trânsito (26%). Um ano depois, o principal motivo de internamento passou a ser as quedas do mesmo nível (26%), e o aumento de internamento por pré-operatório eletivo subiu de 9% em 2013 para 14% em 2014. (HOSPITAL DO TRABALHADOR, 2015).

Anteriormente os leitos eram ocupados quase que exclusivamente por pacientes vítimas de trauma grave, principalmente: vítimas de acidentes de trânsito, (especialmente os de motocicletas), e vítimas de violência urbana (como ferimento de armas de fogo e ferimentos de arma branca), geralmente estes pacientes eram jovens, hígidos, sem doenças de base e do sexo masculino.

Devido a ampliação dos leitos da UTI, o perfil dos pacientes se modificou, agora são ocupados também por idosos, do sexo feminino, e que já conseguem fazer o pré-operatório na UTI, para realização de cirurgias eletivas, conseguindo otimizar seu quadro clínico, antes da cirurgia, pois muitos pacientes tem comorbidades associadas. A UTI também aumentou o atendimento a pacientes com alguma complicação gestacional, que antes não conseguiam vaga em UTI, pela disputa com os politraumatizados graves, agora podem realizar determinados procedimentos com maior segurança, tem disponível o leito para os casos necessários.

Junto a ampliação, foram lançadas a RDC Nº 36 e plano nacional de segurança do paciente também no ano de 2013, trazendo uma série de exigências sobre indicadores. Até 2012, os profissionais das UTIs monitoravam apenas um indicador: número de lesões por pressão. Atualmente, os enfermeiros das UTIs mensuram em torno de 47 indicadores, coletados e tabulados manualmente, Não é difícil constatar que um número grande de indicadores, ocasiona dificuldades na coleta, tabulação e análise dos dados, bem como gera grande quantidade de uso e gasto de papéis, fragmentação das informações, dúvidas sobre a qualidade do cuidado prestado e uso racional de dinheiro público. Fatores ligados à natureza acadêmica de um hospital universitário, como expressiva presença de alunos, protagonismo de novas tecnologias, pesquisas e a necessidade de adoção de boas práticas adotadas, que influenciarão toda uma geração de futuros profissionais, também devem ser considerados.

Diante do exposto, considerando que os indicadores são essenciais para garantir a segurança do paciente, que é preciso rentabilizar recursos e assegurar

assistência segura, e, que os enfermeiros são responsáveis por um grande número de indicadores; a questão norteadora deste estudo foi como monitorar os indicadores mais relevantes para a enfermagem das UTIs de um hospital de ensino?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Elaborar um instrumento de coleta de indicadores de segurança do paciente para o gerenciamento do cuidado de enfermagem em UTI.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Listar os indicadores mensurados pela equipe multiprofissional nas UTIs.

Identificar indicadores de segurança relacionados ao cuidado de enfermagem.

Categorizar os indicadores

Hierarquizar os indicadores.

Definir os indicadores que serão trabalhados prioritariamente para o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Para se compreender a necessidade do uso e aplicação de indicadores de segurança, se faz necessário saber sobre o histórico do tema; a origem de suas leis e exigências, assim como o papel do enfermeiro diante do assunto.

Para a fundamentação teórica do trabalho, foram escolhidos os temas: políticas de saúde sobre segurança do paciente, segurança do paciente e a enfermagem, indicadores de segurança.

3.1 POLÍTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Vários são os acontecimentos, motivos e situações que levaram à criação de leis e políticas de saúde que envolve diretamente a segurança do paciente. Esta revisão apresenta alguns pontos para melhor compreensão histórica a respeito do tema.

Segundo Wachter (2013, pág. 139), em 1863, Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, escreveu: “Pode parecer estranho falar que a principal exigência em um hospital seja não causar dano aos doentes”.

Com esta breve introdução ao passado, percebe-se que muito antes de se tornar lei, ou política de saúde, a segurança do paciente já era uma preocupação num tempo no qual não havia estrutura e complexidade na prestação e cuidados em saúde, principalmente se comparada aos dias atuais. As ações para promover segurança e qualidade na assistência à saúde estão em constante crescimento mundialmente, com participação desde os colaboradores até a alta direção dos hospitais. As exigências de metas de segurança nos mais diferentes serviços oferecidos à população culminam na otimização dos seus resultados.

Em 1910, o Dr. Ernest Codman, um cirurgião de Boston, realizou um estudo sobre o atendimento prestado aos pacientes, e os eventos adversos e falhas ocorridas neste período. BUENO (2012).

Em 1918 foi realizado o trabalho intitulado *Discusses of Medical Progress*, desenvolvido pelo Colégio Americano de Cirurgiões, que também verificava as

falhas humanas ocorridas durante o internamento dos pacientes. (WACHTER, 2013).

Em 1960 o Estados unidos colocou em prática a verificação dos “5 certos” que tinha como objetivo principal criar barreiras para impedir os erros. (PANCIERI, 2013).

Em 1990 o lançamento do livro *Human Error* de James Reason também abordava questões relacionadas a erros e segurança do paciente. Na mesma época no Brasil, se deu início um movimento das instituições públicas e privadas, pretendendo criar estratégias no sentido de adotarem programas de garantia da qualidade que garantissem aos usuários dos serviços de saúde uma assistência sem falhas. (REASON, 2009, BRENNAN *et al.*, 1991; DONABEDIAN, 1994.)

Em 1999, com o relatório *To Erris Human* que informava que cerca de 98 mil pessoas morriam todos os anos nos Estados Unidos, vítimas de falhas cometidas durante a assistência, o tema segurança do paciente passou a ter destaque em escala mundial. (KOHN, CORRIGAN e DONALDSON, 2000).

Em 2004 com a criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, recomendou aos países participantes voltar sua atenção para segurança do paciente. (ANVISA, 2013).

Em 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou as seis metas internacionais para a segurança do paciente: Identificar os pacientes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high-alert medications*); assegurar operações com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas; objetivando soluções para as falhas envolvidas ao atendimento aos pacientes. (WHO, 2013).

A ANVISA, agência do governo brasileiro, que é o órgão que promove ações relacionadas à segurança do paciente, foi fundada em 1999 com o objetivo de realizar promoção e proteção da saúde da população. Atua de acordo com as ações definidas pela OMS, desenvolvendo atividades que promovem à segurança do paciente e à melhoria da qualidade em serviços de saúde. Visando estimular as instituições de saúde a fazer notificações de EA, por meio de um sistema próprio - NOTIVISA, a ANVISA criou no ano de 2001 a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela (NOTIVISA), com vistas a impulsionar a auto identificação de riscos hospitalares, a

análise do motivo da ocorrência e as atitudes para corrigir as falhas nos processos (ANVISA, 2011).

Mudanças significativas no âmbito da segurança do paciente ocorreram como a Portaria nº 529 do MS, de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo geral de “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, suas principais ações: planejar, orientar, coordenar, supervisionar e avaliar o processo de implementação desse programa no País.” (ANVISA, 2013).

Essa Portaria incentiva a criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde; o envolvimento dos pacientes e familiares nesse processo; bem como a ampliação do acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre o tema; e estímulos à inclusão do tema no ensino técnico, graduação e pós-graduação em saúde. (BRASIL, 2013).

No que se refere aos indicadores de segurança, considera que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e EA que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. Constituem estratégias de implementação do PNSP: avaliação de serviços; de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente. (BRASIL, 2013).

Por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, publicada em julho de 2013 pela ANVISA, são citados pontos específicos relacionados aos indicadores de segurança: “promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos; analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EA decorrentes da prestação do serviço de saúde; compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EA decorrentes da prestação do serviço de saúde; identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática”. (BRASIL, 2013).

Em setembro de 2013, com a Portaria n. 2.095 da ANVISA, o MS também aprovou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, a saber: Protocolo de Prevenção de Quedas; Protocolo de Identificação do Paciente e Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Estes protocolos têm a finalidade de instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional. (BRASIL, 2013).

Em 2015, com o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Monitoramento e Investigação de EA e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente, já instituído e amplamente divulgado no Brasil, tem-se como principal intuito aperfeiçoar os processos de monitoramento e investigação de EA relacionados à assistência à saúde, identificando atores responsáveis, de acordo com a etapa da gestão do risco. Relacionado aos indicadores de segurança, o plano traz como um dos seus objetivos implementar processos de trabalho integrados para o monitoramento e investigação de EA em serviços de saúde. Esse plano estabeleceu como prioridade para integrar as atividades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) a vigilância e o monitoramento de eventos danosos ao paciente, compreendendo a notificação e a investigação como etapas importantes da vigilância. (ANVISA, 2015).

As mudanças ocorridas no mundo todo no que se refere à segurança do paciente, também vem sendo acompanhada pela Enfermagem. Com a criação em 2005, em Concepción - Chile, da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, pela Organização Pan-Americana de Saúde, pretendem-se traçar prioridades da enfermagem na área da Segurança do Paciente, discutir a cooperação entre os países e o intercâmbio de informações, assim como as necessidades de fortalecimento do cuidado de enfermagem, a partir de evidências científicas. (REBRAENSP, 2014).

No Brasil, uma organização que se destaca referente ao tema é a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), organizada por enfermeiros e criada em 2008, que tem o intuito de melhorar as ações voltadas para segurança do paciente, divulgando metas e organizando polos regionais. (REBRAENSP, 2014).

No Paraná, desde 2014, a Secretaria do Estado do Paraná (SESA) criou a Comissão Inter Hospitalar da Qualidade, através da Resolução 227/2011, com o objetivo de: estabelecer um programa de qualidade que contemple os hospitais de

forma sistêmica, padronizada e integrada com todos os níveis da organização, voltado a resultados efetivos; coordenar a implementação e desenvolvimento do Sistema Gerencial de Qualidade (SGQ) nas unidades; Implantar o Núcleo de Segurança do Paciente e acompanhar suas atividades; estabelecer critérios de verificação do cumprimento das atividades descritas. (SESA, 2014).

Os grupos de trabalho formados pela referida comissão pretendem padronizar documentos, materiais e medicamentos, organizar a gestão de pessoas; sistematizar a assistência de Enfermagem, elaborar o manual da qualidade, promover seminários sobre qualidade, reuniões itinerantes. Todas estas, são ações que ocorrem desde 2014, com intuito de fortalecer os protocolos de segurança do paciente, o gerenciamento de risco e as notificações de EA nas instituições de saúde de responsabilidade do estado do Paraná. (SESA, 2014).

E por fim, cita-se uma necessidade essencial do trabalho, que não se dá apenas pela obrigatoriedade das políticas públicas, mas sim pelo dever ético e moral, validado pelo juramento da profissão, em não participar de atos que coloquem em risco a integridade da vida humana, conduta reforçada pelo Artigo 12 Código de ética dos profissionais de Enfermagem e Resolução nº 311, de 18 de maio de 2007, que traz como responsabilidade dos profissionais de enfermagem: “assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”.

É primordial que se defina um método para avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados, o qual possibilite o planejamento do processo de trabalho, com vistas a atingir os mais altos padrões de qualidade da assistência. (FUSCO, 2014)

3.2. SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO À SAÚDE E NA ENFERMAGEM

Há mais de 2 mil anos, Hipócrates, respeitado como o pai da medicina, escreveu “*Nunca causarei dano a ninguém*”, o que, após um tempo, foi traduzido como “*Primum non nocere*” ou “*primeiro não causar dano*”. É possível notar que, mesmo num contexto assistencial elementar, Hipócrates considerou os atos assistenciais passíveis de equívoco e a segurança do paciente como algo importante. (WACHTER, 2013).

Já em tempos atuais, fazendo uma comparação com os serviços prestados em outras áreas, depara-se com uma triste realidade. Como por exemplo comparação com a área de aviação, estima-se que possa morrer um passageiro a cada 10 milhões de decolagens de avião ofertadas por companhias aéreas comerciais, serviço considerado muito seguro. Nos hospitais, à escala global, o risco de morte por erro, ocorrido durante o internamento/internação, é de 1 para 300 internamentos, e o risco de EA de qualquer tipo, atinge cerca de dez em cada cem. Vários estudos desenvolvidos no Brasil e em outros países, indicam a seguinte situação: a incidência de EA relacionados ao cuidado hospitalar está em torno de 10%; estima-se, ainda, que entre 4,4% e 20,8% dos EA foram associados à morte dos pacientes (FRAGATA, 2011; ZEGERS *et al.* 2009).

Destaca-se que EA ocasionam custos sociais e econômicos elevados, podendo significar danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias, ocasionando 42.7 milhões de incidentes com dano ao redor do mundo por ano, desse total, dois terços ocorrem nos países em desenvolvimento e nos países em transição, conclusão de um estudo realizado pela Universidade de Harvard. (BROWN *et al.* 2008; JHA 2013).

Devido às fatídicas notícias anunciadas na mídia, envolvendo profissionais de saúde e seus diversos ambientes de trabalho, a segurança do paciente tornou-se assunto relevante, sendo possível perceber que ainda, que em muitos lugares o medo domina a percepção de falhas na segurança do paciente, pois essas resultam em punição para o profissional que cometeu o erro, e isso impossibilita a discussão do assunto e a elaboração de ações que visem melhorar a qualidade do cuidado e, assim, diminuir os riscos ao paciente. (CARVALHO, *et al.*, 2012).

Nessa direção, a Gestão de Risco é a aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos (BRASIL, 2013), e não há dúvidas sobre sua importância na adoção de práticas efetivas para a segurança do paciente voltadas para a prestação de um cuidado seguro (SHEKELLE *et al.* 2013) e uma estratégia essencial para a qualidade da assistência à saúde (OLIVEIRA, 2014).

Para se ter o controle sobre a segurança do paciente, deve-se identificar o problema, analisar o processo, definir pontos estratégicos, visando exterminar os problemas envolvidos, sendo estas umas das muitas medidas realizadas pelas instituições de saúde para se originar sistemas mais seguros, destacando-se

simplificar, padronizar e melhorar o trabalho em equipe, utilizando de erros anteriores para otimizar a comunicação e ampliar o aprendizado. (CAMPOS, 1999; WACHTER, 2013).

Organizar as informações relacionadas a segurança do paciente é uma estratégia chave para a qualidade dos serviços de saúde e devem ser utilizadas de forma constante para a tomada de decisão, que visa atender às necessidades e expectativas do sistema de saúde e da população. (ANVISA, 2013).

Dessa forma, a segurança do paciente ocupa cada vez mais importância e reconhecimento em todo o mundo. Mas para se avançar nesta área e colocar em prática as melhorias a respeito, e assim evitar danos ocasionados em decorrência do processo de cuidar, são necessários grandes esforços por parte de governantes, gestores e profissionais, assim como a compreensão do seu histórico e da relação íntima dos profissionais com os EA, a probabilidade de o erro ocorrer é grande, pelo fato de a prestação de serviços estar atrelada às complexas ligações entre pessoas, instalações, medicamentos e equipamentos. (WACHTER, 2013; CAVALCANTE, 2016).

Não há dúvida que o cuidado executado com segurança deve ser tratado como um direito do paciente, e em toda a rede de atenção à saúde, deve ser, entre os profissionais, encarado como um compromisso ético. Todavia, verifica-se que os hospitais são os principais objetos das ações de segurança do paciente. Pode-se citar um importante passo para garantir a segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde, foi à implementação das 13 Áreas de Ações, estruturada pelo PNSP e pela OMS. (WACHTER, 2013; CAVALCANTE, 2016; ANVISA, 2013).

Segundo Carvalho (2012), para implantar e incorporar a segurança do paciente em qualquer local de saúde é preciso ter grande comprometimento da gerência e dos profissionais da instituição, assim como espírito de união, entre os diversos setores, fatores que são fundamentais para garantir a assistência com segurança, tanto para o paciente como para o profissional, conforme lê-se:

[...] a melhoria da segurança do paciente é tarefa difícil, com resultados a longo prazo que exigem envolvimento de todos os membros da organização. A avaliação das organizações de saúde é um elemento chave, mas crescem custos não desprezíveis e ainda apresentam lacunas e desafios. Avanços são necessários, entretanto os resultados das avaliações devem ser interpretados mais como oportunidades de melhoria, em vez de considerados consequência da excelência ou insuficiência da ação de um indivíduo. (BROWN et al., 2008; RASO, 2000).

Ao que tange à enfermagem, Florence Nightingale, no século XIX, transformou a enfermagem e o seu ensino, incentivou mudanças dos cuidados, no sentido da melhoria da segurança do paciente, com sua análise das condições dos hospitais ingleses. No período da Guerra da Crimeia, foi convidada pelo governo britânico e liderou as primeiras enfermeiras em hospitais de campanha e, aplicando mudanças simples na higiene e alimentação dos soldados, o que ocasionou diminuição significativa no número de infecções e mortes. Em suas publicações ao longo da sua vida, Florence afirma que a estrutura e a organização dos hospitais influenciam a saúde e a recuperação do paciente. Apesar de demonstrar estatisticamente os dados que deram suporte às suas conclusões e ter conseguido algumas modificações nos hospitais ingleses, suas recomendações não foram bem acolhidas pela maioria da classe médica (LOPES, 2010).

O profissional enfermeiro é um dos que mais tem se envolvido na implantação e implementação da gestão de segurança e qualidade nas instituições hospitalares, uma vez que no desenvolvimento do seu processo de trabalho tem a oportunidade de interagir diretamente com o cliente e se aproximar do seu referencial para compreender seus anseios e expectativas, aprimorando a prática do cuidar. Os processos relacionados à gestão da assistência estão fortemente presentes na prática da enfermagem. Desse modo, os enfermeiros devem utilizar ferramentas de planejamento e organização dos serviços, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários. (OMS, 1981; CAVALCANTE, 2014).

Os locais prestadores de saúde, o enfermeiro é quem facilita o processo de identificar riscos de EA, o que se mostra como um ponto fundamental nesse processo, dado a sua função e importância na assistência. (FRANÇOLIN, 2015.)

O desenvolvimento de instrumentos avaliativos é complexo objeto de estudo de várias áreas. No que se refere à prática da enfermagem, pode-se verificar críticas quanto ao uso destes instrumentos, em função de se pretender mensurar informações e conceitos considerados abstratos e subjetivos. Todavia, essas críticas se devem ao desconhecimento do processo envolvido na origem e na validade de estratégias avaliativas, o que termina em desmotivação para desenvolver, em consequência impossibilita que a ciência avance como deveria. (VITURI, 2014).

Não há como realizar o trabalho envolvendo um cuidado seguro, indicadores de segurança e qualidade do serviço prestado sem organizar e sistematizar o cuidado. O planejamento é algo que se faz obrigatório a quem deseja ter êxito em tal

tarefa. O trabalho desenvolvido em segurança do paciente é atividade executada diretamente por profissionais que trabalham na linha de frente da assistência. Tal trabalho necessita de um planejamento prévio, ferramentas e linhas de cuidado que muitas vezes precisam ser elaboradas por aqueles que desempenham funções administrativas, de gestão e planejamento do cuidado. (GRABOIS, 2009).

Estudos sobre segurança do paciente e a participação do enfermeiro na implantação de medidas para melhorar a segurança e a qualidade da assistência de enfermagem são novos e precisos e, podendo ser de grande ajuda para os profissionais da área, que conhecem as causas e os efeitos à saúde do paciente, e ainda possibilitam capacitações e treinamentos adequados para prevenir novas ocorrências de EA. (OLIVEIRA, 2013).

Conhecer o que pensam os enfermeiros que atuam na assistência de enfermagem sobre os indicadores de segurança é importante, já que esses profissionais estão em contato diário com usuários de serviços de saúde, o que lhes possibilita um maior vínculo e conhecimento sobre suas necessidades e expectativas. (CAVALCANTE, 2014).

Considera-se o enfermeiro um grande aliado das organizações de saúde, pois este atua na busca pela qualidade, neste sentido existem grandes expectativas dos gestores quanto ao papel desse profissional, principalmente no que tange o gerenciamento do cuidado. O profissional enfermeiro pelo contato direto que exerce com o cliente, tem a possibilidade de conhecer suas expectativas e necessidades, o que caracteriza a prática do cuidar de enfermagem. (ROCHA, 2009)

3.3. INDICADORES DE SEGURANÇA

Indicadores são definidos como informações em forma de números, servem para monitorar os serviços prestados, e têm como objetivo controlar as entradas (recursos ou insumos), as saídas (produtos) assim como processos, produtos e de toda a organização. A criação desses instrumentos torna viável avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados. (NUNES, 2011).

Os indicadores de segurança do paciente, em termos amplos, são medidas que refletem, indiretamente, informações relevantes sobre diferentes dimensões e atributos da saúde e dos fatores que a determinam, incluindo o desempenho do

sistema de saúde. Existem muitos tipos de indicadores de segurança do paciente, mas os mais utilizados são aqueles baseados em resultados. São, portanto, essenciais para proporcionar informações mensuráveis que permitam descrever a realidade organizacional. Expressam as ações de uma organização ou de um sistema de saúde em direção à melhoria da qualidade, podendo ser expresso como uma taxa, uma razão, uma proporção, ou um evento em número absoluto (GOUVEA, 2010).

Um monitoramento eficaz da segurança do paciente precisa focar a implantação de práticas baseadas em evidências que evitem danos desnecessários ligados à assistência à saúde. Uma forma evidentemente eficaz de monitorar a segurança é o uso de indicadores, que são definidos como um parâmetro de desempenho que demonstram resultados em valores demonstrados em forma de números”. (GAMA, 2016; PALLADINI, 2011)

Outro conceito relevante é que os indicadores são medidas utilizadas para determinar, por meio do tempo, o desempenho das funções, processos e resultados de uma instituição. (JOINT COMMISSION, 2008). Ou ainda, “os indicadores servem de instrumento para qualificação, avaliação e monitoração da saúde e seus determinantes sejam em relação a uma população, pessoa ou mesmo uma instituição” (PROQUALIS, 2015).

Monitorar indicadores que avaliam a prestação de cuidados “ permite direcionar a formulação de políticas, controlar a melhora dos cuidados, permitir maior clareza das organizações de saúde e, assim permitir que clientes/utentes façam escolhas mais certas”. (GOUVEIA, 2011, pág. 102).

Dessa forma, é um sinalizador que mostra o quanto foi cumprido determinado objetivo foi cumprido. Não pode ser visto como uma medida plena, pois demonstra onde são necessárias mais investigações e análise para se compreender determinadas realidades e assim tomar decisões assertivas. (GOUVEA, 2011).

Segundo Prahinsky e Benton (2004), o uso eficaz de indicadores traz como resultado o aumento do conhecimento de uma determinada situação em um determinado espaço de tempo, evidenciando pontos críticos nos processos, possibilitando uma avaliação contínua da eficiência destes.

Contudo, a segurança do paciente deve ter seu reconhecimento em todos os campos que atingem a prática. Pode-se citar variadas iniciativas que surgiram na última década, em prol de cuidados de saúde mais seguros. Destaca-se entre essas

iniciativas a criação dos indicadores de segurança, que objetivam subsidiar o controle dos eventos adversos que ocorrem durante a prestação da assistência. (ASGARI, 2015).

Todavia, não temos, no país, um grupo de indicadores de estrutura e processo, que tenham sido validados e que monitorem a segurança do paciente, de forma específica, a partir das melhores práticas baseadas em evidência. (GAMA, 2016). Collier (2010) complementa que quantificar a qualidade da atenção em saúde tornou-se um grande desafio, que começa com a decisão do que medir e, depois, encontrar medidas estatísticas de qualidade. Silva (2003) reforça que não basta conhecer os indicadores, é preciso uma definição do método para coletar e analisar os dados.

Na lógica de coleta e análise dos dados, Pronovost et al. (2006) ressaltam que as análises são consideradas não confiáveis pela falta de validade de alguns indicadores. Muitos indicadores de estrutura e processo necessitam de evidência científica forte que os vinculem aos resultados atingidos. Os sistemas que tem por função notificar incidentes, os prontuários, e os fundamentos de dados administrativos, são os instrumentos que dão origem aos indicadores de segurança. A ocorrência de incidentes pode ser considerada falsa, devido ao pouco registro dos dados. Além disso, devido ao medo da punição, pouco se notifica a ocorrência de incidentes, podendo assim de forma errada rotular organizações como de pouca qualidade, em função das altas taxas.

Seja qual for o cenário de cuidado, é fundamental que a seleção de indicadores de segurança do paciente dê prioridade àqueles com comprovada evidência científica, que estejam ligados a situações com abalo sobre a saúde e segurança dos pacientes e possam ser influenciados por ações do sistema de saúde. Para isso, é necessário levar em consideração a qualidade dos dados disponíveis e os custos envolvidos para se obter esses dados. (GOUVEA, 2011).

A avaliação da qualidade em UTI é feita por meio de indicadores, e tem como objetivo, demonstrar com números o comportamento técnico e de processos, usando parâmetros reais. (OLIVEIRA, 2017).

Silva (2003) explica que a avaliação da qualidade em uma unidade de terapia intensiva pode ser mensurada por meio de indicadores de vários tipos: técnicos, educacionais, ambientais, estruturais e éticos.

Na prática clínica, o enfermeiro tem a função de diminuir riscos e danos, incorporar boas práticas e fazer uso de indicadores de qualidade, por meio de um sistema de registro, a fim de favorecer a efetividade e o gerenciamento da assistência, e a mudança de cultura, alinhados com a Política Nacional de Segurança do Paciente. (OLIVEIRA, 2014).

A ANA em 1995 já retratava sete indicadores no trabalho de enfermagem: satisfação do cliente, controle da dor, estado da pele, taxas de infecção, horas/ enf./ paciente, prescrição e enfermagem e taxa de injúria.

Obviamente ocorreram diversos progressos nesta área do ano de 1995 para cá, Cavalcante (2014), nos informa que por meio de políticas de saúde, e exigências do MS, assim como o desejo de melhorias dos hospitais para atrair mais clientela com mentalidade empresarial, o número de indicadores ampliou-se e muito.

Indicadores de Enfermagem podem ser definidos como uma relação matemática que mede, por meio de números, resultados e processos que permite compará-los com as metas pré-definidas. Uma gestão eficiente tem a premissa em saber que quem não mede não gerencia. (NUNES, 2011).

Sobre controlar a qualidade por meio de indicadores, como um método primordial, buscando assegurar a assistência, por meio de evidências e controle de resultados. (SILVEIRA, 2015).

Conhecer indicadores oportuniza a identificação de padrões e semelhanças, as principais fontes de risco e a intervenção efetiva sobre os desvios. Esse conceito possibilita revisar os processos de trabalho e adotar os fundamentos e metas determinadas para validar a segurança do paciente como uma prioridade institucional, sendo a informação usada como ferramenta principal para atingir algum êxito no enfrentamento do risco e na prevenção de danos ao paciente. (BRASIL, 2010).

Para gerenciar é necessário ter conhecimento do desempenho da instituição, em relação às metas e objetivos propostos, e para tal é preciso implementar sistemas de avaliação adequados, que possibilitem formular ou reformular diretrizes. (KUAWBARA, 2010).

O gerenciamento com indicadores é uma ferramenta simples e de elevada eficácia para ganhar produtividade. Os programas de qualidade disseminaram o uso de indicadores, mas, em muitos casos, isto se converteu apenas em burocracia e mais trabalho, sem gerar os resultados desejados. Criou-se, a ideia de que

Qualidade é algo a mais a se fazer, além de produzir. O uso correto de indicadores também é fundamental para a adoção de técnicas mais avançadas de gestão. (PRADO, 2015).

Avaliar é uma função fundamental dos gestores para que ocorra melhora na qualidade dos serviços e sistemas de saúde. Na área de segurança do paciente, este já é um reconhecimento visível, em que mensurar segurança e sistemas de indicadores tem recebido atenção internacional diferenciada. Porém, ocorre um desencontro entre a evolução dos conceitos de segurança com as ferramentas e projetos mais utilizados para sua mensuração e monitoramento. (VINCENT, 2013). A relevância da avaliação dos serviços de saúde está relacionada à possibilidade de conhecer a realidade da instituição, identificar fragilidades e potencialidades. (CAVALCANTE, 2014).

Adotar métodos de avaliação de serviços de saúde, com base em indicadores, é uma medida para tomada de decisões na busca de melhoria dos processos e resultados das instituições. O uso de indicadores no gerenciamento do serviço gera uma cultura institucional de valorização das informações. (ROSSANEIS, 2013).

A magnitude dos sistemas de saúde, a falta de recursos e a pobreza de gestão efetiva, possibilitam justificar investimentos em análises de evidências que demonstrem novos conhecimentos para acrescentar valor à saúde da população, ao setor e à sociedade. (CORRAO, 2009).

De acordo com Vieira (2005), as instituições de saúde que tem a preocupação de aprimorar o seu desempenho junto aos clientes, devem utilizar indicadores como uma arma para isso, tendo em vista que a avaliação dos resultados possui um papel de grande importância, pois a partir da análise do atendimento pode-se observar a evolução do quadro clínico. (FREITAS, 2014).

Para que haja o gerenciamento de um negócio ou um processo produtivo há a necessidade de medir, de alguma forma, os efeitos das ações tomadas. Isto permite reforçar o que está dando resultados positivos e descartar o que não contribui para os resultados desejados. Para estas medições são usados indicadores ou métricas.

Assim, indicadores são formas de representação quantificáveis das características de produtos e processos. É preciso medir aquilo que realmente é relevante para a organização (PRADO, 2015).

Segundo Gouvêa (2011), países da Europa como: Holanda, Alemanha, Suécia, Dinamarca, etc., decidiram que a base dos seus programas de avaliação e melhoria de qualidade de segurança assentaria, em parte, na definição, análise, monitorização e avaliação de indicadores. Criar e padronizar indicadores pode ajudar na ligação entre gestores, pesquisadores e especialistas, permitindo uma visão interligada que modernize a execução do planeamento em serviços de saúde. (BASCOLO, 2006).

4. MÉTODO

Neste capítulo, apresenta-se o método para que os objetivos propostos fossem alcançados. Para tanto, descreve-se o tipo de pesquisa, o cenário, os participantes da pesquisa, a coleta e análise dos dados e os aspectos éticos.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa-qualitativa.

“As pesquisas descritivas têm por objetivo descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado” (GIL, 2008, pág. 42).

Descrevem características de determinada população ou fenômeno e estabelecem relações entre as variáveis, e, uma das suas características mais significativas é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados “(GIL, 2008). Como a pesquisa proposta pretende levantar, definir e hierarquizar indicadores de segurança, a pesquisa se enquadra nesta denominação.

A pesquisa exploratória é aquela que proporciona maior proximidade com o problema para torná-lo claro ou para construir hipóteses, a fim de aprimorar ideias ou descobrir intuições. (GIL, 2008). A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão. O estudo então também se classifica como exploratório, pois foi questionado com os enfermeiros se eles concordavam ou não com os resultados da lista e qual a sugestão do grupo para começar a trabalhar os indicadores por ordem de importância.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário foi o Hospital do Trabalhador, referência em trauma no estado do Paraná, pertencente à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA), intermediada pela Superintendência de Unidades Próprias (SUP), e é considerada a maior unidade de urgências traumatológicas do Estado e atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). (SESA, 2016).

Atualmente, o Hospital dispõe de 222 leitos ativos, dos quais 30 leitos são de terapia intensiva adulto.

4.3 PARTICIPANTES E FONTES DE DADOS

Participaram da pesquisa: enfermeiros assistenciais e administrativos que atuam ou atuaram no passado nas UTIs do hospital, e também a enfermeira diretora de enfermagem da instituição. Como fontes de dados também foram utilizados os relatórios de indicadores de saúde, gerados mensalmente pela equipe multidisciplinar das UTIs.

Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: ter trabalhado no passado ou estar trabalhando atualmente nas UTIs adulto do hospital, aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os enfermeiros assistenciais e administrativos em qualquer tipo de licença (médica, maternidade, férias) no período da coleta dos dados e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

Os participantes da pesquisa foram recrutados por meio de convite pessoal, e acompanhamento do preenchimento do questionário. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Em relação à etapa documental, os dados utilizados foram do ano 2011 até 2016, visto que antes disso não eram monitorados. Foram incluídos na análise somente dados referentes aos indicadores de segurança do paciente de interesse da enfermagem, monitorados exclusivamente pelos enfermeiros das unidades.

4.4 ETAPAS DA PESQUISA, COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa foi realizada em três etapas. A seguir é apresentado o percurso metodológico, e a técnica de coleta e de análise de dados de cada uma delas.

ETAPA 1 – DOCUMENTAL.

Esta etapa foi realizada para atender os três primeiros objetivos da pesquisa: Listar os indicadores mensurados pela equipe multiprofissional nas UTIs, identificar indicadores de segurança relacionados ao cuidado de enfermagem e categorizar os indicadores.

Transcorreu em dois momentos, sendo o primeiro momento a análise de dados do acervo documental das UTIs: formulários, instrumentos de coleta de dados e relatórios mensais de indicadores de segurança, gerados pelos enfermeiros das UTIs. No segundo momento foi feita a análise dos Protocolos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde (ANEXO 3) em busca dos indicadores obrigatórios. Foi realizada no período de setembro a outubro de 2016, com abordagem quantitativa.

Em posse dos documentos, os mesmos foram separados e analisados, por meio de exaustiva leitura. Na sequência realizou-se uma classificação a fim de extrair uma lista de indicadores de responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, pois os relatórios completos continham indicadores de todas as especialidades: A análise dos dados foi por estatística descritiva simples, com uso do programa Microsoft Excel® para elaborar, descrever e resumir os dados.

Em um segundo momento, realizou-se a busca por indicadores de segurança nos Protocolos de Segurança do Paciente, visando identificar divergências entre o serviço e os dispositivos legais, identificando os possíveis indicadores de segurança obrigatórios pelo MS que não estavam na lista de indicadores monitorados nas UTIs, a fim de acrescentá-los à lista, e torná-la o mais completa possível.

Após a listagem final ser definida (composta pelos indicadores de enfermagem das UTIs mais os indicadores obrigatórios do MS), os indicadores foram agrupados por similaridade, separando-os por categorias, visando nas etapas seguintes facilitar a apresentação dos dados.

De acordo com Bertucci (2008), a coleta documental foi do tipo primária, uma vez que as fontes foram documentos ainda não tratados, que não se tornaram públicos, aqueles de circulação interna e restrita, como documentos internos das empresas, contratos, regulamentos, regimentos e estatutos, fotos, cartas, dados oriundos de censo ainda não trabalhados, documentos de arquivos públicos, entre outros.

ETAPA 2 – APRESENTAÇÃO DA LISTA DE INDICADORES AOS ENFERMEIROS.

Essa etapa foi realizada para atender o terceiro objetivo específico: Hierarquizar os indicadores. Consistiu em apresentar aos enfermeiros a lista de indicadores definida na Etapa 1, em forma de um questionário (APÊNDICE 1). O período de coleta de dados foi de 15 a 24 de novembro de 2016, e análise dos dados teve abordagem quantitativa.

O questionário de coleta de dados utilizou a escala de Likert, que é um tipo de escala de resposta psicométrica, em que as respostas para cada item variam segundo o grau de intensidade, que variam de 1 a 5, sendo: 5 = concordo totalmente; 4 = concordo; 3 = indiferente; 2 = discordo; 1 = discordo totalmente. Essa escala é usada para medir concordância de pessoas a determinadas afirmações relacionadas a construtos de interesse. (COSTA, 2011).

O questionário foi composto por 47 indicadores de segurança de interesse da enfermagem, onde os enfermeiros marcavam o nível de concordância para cada indicador. A aplicação do questionário foi realizada pela pesquisadora, no turno de trabalho dos participantes, em horário previamente agendado.

A análise descritiva-exploratória teve por objetivo ranquear as questões de acordo com a sua média, além de analisar a concordância entre os itens da escala de Likert pelo número de respostas iguais em relação ao número total de respostas.

A análise inferencial avaliou se existia diferença dos valores totais dos respondentes, dada as suas características (idade, sexo, tempo que trabalha na UTI, ano de graduação, etc.). Para tais variáveis foram utilizados testes estatísticos não paramétricos de Siegel (2006) e Team (2015), pois na tentativa de ajustar um modelo de regressão os pressupostos do modelo não foram atendidos.

De acordo com Barros e Lehfeld (2007), a análise dos dados dessa etapa teve abordagem quantitativa - análise estatística descritiva-exploratória e análise

inferencial. No primeiro momento, a análise estatística foi definida como descritiva-exploratória. Na **análise descritiva** realiza-se o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. Já a **análise exploratória** “estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses” (GIL, 2002, pág. 77).

“A estatística inferencial representa o conjunto de métodos estatísticos que visam caracterizar ou inferir sobre uma população, a partir de uma parte dela (a amostra)” (SIEGEL, 2006, pág. 448).

ETAPA 3 – CONFIRMAÇÃO DOS INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

Essa etapa foi realizada para atender o quarto objetivo específico: definir os indicadores que serão trabalhados prioritariamente para o gerenciamento do cuidado de enfermagem. Possibilitou elencar e confirmar os indicadores de segurança relevantes para os enfermeiros das UTIs, para se definir uma proposta de intervenção. A lista de indicadores resultantes da hierarquização da Etapa 2 foi apresentada aos participantes em um grupo focal, e os dados foram analisados qualitativamente.

O grupo focal foi realizado em um único encontro, com duração de duas horas e oito minutos, e a data foi selecionada pelos participantes, em 22 de fevereiro de 2017. O local foi cedido pela própria instituição, sendo uma sala reservada, a qual possibilitava gravação sem interferências externas. A duração do grupo focal, neste estudo, atendeu às recomendações de Dias (2000), pois o autor refere que um grupo focal deve acontecer em aproximadamente duas horas.

O grupo foi composto por doze (12) participantes, sendo assim distribuídos: dez (10) enfermeiros, um (01) relator, um (01) moderador. Nesse sentido, Gatti (2012) e Flick (2009) mencionam que os grupos devem ser compostos entre 6 (seis) e 12 (doze) participantes, sendo o ideal 10 (dez). Sua duração não deve ultrapassar três horas, sendo o mínimo para cada sessão de uma hora e meia. Nesse estudo, todos os participantes, com exceção do moderador e relator, eram enfermeiros que responderam ao questionário da etapa anterior.

Com a finalidade de facilitar a organização, transcrição dos dados e sigilo das informações, os participantes foram identificados, individualmente, com letras distintas do alfabeto (A, B, C, etc.), e as suas falas em ordem numérica, exemplo primeira fala do participante A: A1, segunda fala A2, e assim consecutivamente. O encontro foi gravado com a autorização de todos e, ao término, as falas foram transcritas e analisadas pela pesquisadora.

Seguindo a técnica do grupo focal, foram explicados aos participantes os objetivos, a duração, a autorização da gravação e regras gerais para o desenvolvimento deste. A estratégia foi expor no dia do grupo a lista impressa dos 47 indicadores hierarquizados segundo avaliação dos participantes da pesquisa e a categorização destes por temas similares.

Então foram lançadas duas questões:

- 1). Vocês concordam com os resultados obtidos?
- 2). Qual a sugestão do grupo para começar a trabalhar os indicadores por ordem de importância?

Ao expor o tema aos enfermeiros, e orientá-los que observassem os resultados do questionário aplicado anteriormente e respondido pelos mesmos, objetivou-se que em suas avaliações definissem qual deveria ser a prioridade de intervenção nos indicadores das UTIs,

De acordo com Schneider e Branco (2012) a técnica do grupo focal, o pesquisador agrupa um determinado número de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, num mesmo espaço e durante determinado período, tendo como objetivo coletar, a partir da conversa e da discussão, informações acerca de um tema particular. Esta técnica promove um ambiente de debate, com o objetivo de levar os participantes a revelar seus sentimentos, experiências e compreensão de um acontecimento, atividade, produto ou serviço. (LIMA, BUCHER e LIMA, 2004).

Os dados foram analisados com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), na modalidade temática, a qual é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

A interpretação e a inferência do conteúdo consistiram em evidenciar as informações obtidas e analisá-las com base em fundamentação teórica e situações

concretas pertinentes ao objeto do estudo. Em seguida o QUADRO-1 com o resumo das etapas da pesquisa.

Objetivos da pesquisa	Etapa	Técnica de Coleta	Período de realização	Técnica de análise
Listar os indicadores mensurados pela equipe multiprofissional nas UTIs. Identificar indicadores de segurança relacionados ao cuidado de enfermagem.	1	Análise documental	05/09/16	Análise descritiva simples
Categorizar os indicadores.			31/10/16	Análise temática
Hierarquizar os indicadores.	2	Questionário escala Likert	15/11/16	Análise descritiva exploratória
			24/11/16	Análise estatística inferencial
Definir os indicadores que serão trabalhados prioritariamente para o gerenciamento do cuidado de enfermagem	3	Grupo focal	22/02/17	Análise temática

QUADRO 1: RESUMO DAS ETAPAS DA COLETA E ANÁLISE DE DADOS
 FONTE: O autor (2017).

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu o disposto na Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve Seres Humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao CEP da UFPR e foi aprovado sob nº CAAE 58005316.3.0000.0102 (ANEXO 1).

Inicialmente, foi estabelecido contato pessoal com os participantes da pesquisa. Nesta oportunidade, foram explicados os objetivos da pesquisa, bem como a técnica que seria utilizada para a coleta de dados. Posteriormente, foi agendado individualmente o dia, horário e local para a aplicação do questionário,

definidos de acordo com a disponibilidade do participante. A coleta de dados teve início com a aprovação do projeto pelo CEP da instituição proponente, e ocorreu durante os meses de setembro de 2016 até fevereiro de 2017, no qual foram realizadas verificação de documentos, aplicação do questionário e por fim o grupo focal.

A coleta de dados foi realizada após explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) pelo pesquisador e mediante assinatura deste documento pelo participante da pesquisa, que recebeu uma cópia. No entanto, foi mantido o nome do hospital, pois de acordo com o CEP da instituição em questão houve autorização para tanto no momento da aprovação da pesquisa.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZACAO DOS PARTICIPANTES

No recrutamento dos participantes, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão totalizou-se 25 enfermeiros das UTIs adulto do HT, sendo 18 enfermeiros assistenciais, 4 enfermeiros administrativos de outros setores, 2 enfermeiros coordenadores de enfermagem, 1 enfermeira diretora de enfermagem. Destes, 21 (84%) eram do sexo feminino e 4 (16%) do sexo masculino, com idade média aproximada de 36 anos. Sobre a formação, o tempo médio de formado foi dez anos; 16 (64%) possuíam especialização, 5 (20%) mestrado e 4 (16%) não referiram nenhum tipo de especialização, o tempo médio de trabalho no setor foram quatro anos.

A experiência profissional se apresenta principalmente na atuação em setores críticos, uma vez que 2 (8%) são coordenadores das UTIs, 1 (4%) diretor de enfermagem, 4 (16%) atuam em outros setores com cargos administrativos e participaram da pesquisa, por terem atuado anteriormente nas UTIs adulto do hospital, mas a maioria 18 (72%) são enfermeiros assistenciais das UTIs.

5.2 RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA: Indicadores existentes das UTIs, indicadores de segurança de interesse da enfermagem e sua categorização.

Na primeira etapa, após avaliação dos instrumentos e documentos das unidades, foram listados todos os indicadores das UTIs totalizando 124 indicadores. Destes 33 eram da equipe médica; 12 da equipe de fisioterapia; 9 da equipe de nutrição; 7 da equipe fonoaudiologia; 12 da equipe da farmácia, 4 da equipe da psicologia, e 45 da equipe de enfermeiros. Posteriormente, foi realizada a análise dos indicadores de segurança obrigatórios pelo MS, e verificou-se que na lista de indicadores das UTIs, faltavam dois indicadores, (X2 e X9) que foram incluídos na lista final, a fim de torná-la o mais completa possível, e contemplar todos os indicadores obrigatórios, totalizando assim 47 indicadores, apresentados em seguida no Quadro- 2.

Legenda	Nome do indicador
X1	O número de pacientes submetidos a avaliação de risco para úlcera por pressão na admissão (ex: BRADEN)
X2	O número de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão
X3	O número de pacientes recebendo avaliação diária para risco de úlcera por pressão (ex: BRADEN)
X4	O número de úlcera por pressão
X5	O número de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na “admissão”
X6	O número de quedas “com” dano
X7	O número de quedas “sem” dano
X8	O número de quedas
X9	O número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente
X10	O número de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na UTI
X11	O número de Pacientes com Cateter Venoso Central ao dia
X12	O número de CV-dias: Somatório do número de pacientes em uso de cateter vesical de demora, na UTI, no período acompanhado
X13	A origem dos pacientes sem pulseira de identificação. (Exemplo: centro cirúrgico, PS, etc.)
X14	O número de pacientes que utilizaram SNE / SNG /SOG
X15	O número de pacientes que utilizaram acessos periféricos
X16	O número de pacientes que utilizaram drenos
X17	O número de pacientes que utilizaram PAM
X18	O número de pacientes que utilizaram SVD
X19	O valor do Braden, que os pacientes com úlcera apresentaram durante o internamento
X20	O valor do Braden que o paciente apresentava no “aparecimento” da úlcera.
X21	A categoria (I, II, III etc.) das úlceras por pressão abertas na UTI
X22	O tempo em dias que levou para abrir úlcera na UTI
X23	O local anatômico das úlceras abertas na UTI (exemplo: sacra, occipital, etc.)
X24	A origem das úlceras “externas” (exemplo posto 1, PS, etc.). Ou seja, dos pacientes que internaram na UTI e já chegaram com úlcera.
X25	A categoria (I, II, III etc.) das úlceras “externas”.

X26	O local anatômico das úlceras “externas” (exemplo: sacra, occipital etc.)
X27	O tempo de permanência de SVD
X28	O tempo de permanência de PIC
X29	O tempo de permanência de PAM
X30	O tempo de permanência de SNG
X31	A relação dos pacientes que abriram úlceras na UTI com a utilização de dispositivos como colar, fixador, tração etc.
X32	O número de pacientes que usaram de tração ou fixador externo
X33	O número de pacientes que usaram bolsa de Bogotá
X34	O número de pacientes que usaram colar cervical
X35	O número de pacientes que usaram cateter de monitorização de PIC
X36	O número de pacientes que apresentaram Risco de Flebite
X37	O número de pacientes que apresentaram Risco de Perda de Sonda
X38	O número de pacientes que apresentaram Risco de restrição
X39	O valor do NAS mensal da UTI
X40	O número de pacientes contidos
X41	O número de pacientes que apresentaram flebite
X42	O número de pacientes que perderam SNG
X43	A origem das punções de cateter venoso central (exemplo: centro cirúrgico, UTI, etc.)
X44	O local de punção de cateter venoso central (exemplo: subclávia D, femoral E, etc.)
X45	O tipo do Cateter (exemplo: PAM, CVC, bulbo jugular, PICC etc.)
X46	O número de tentativas de punções cateteres na UTI
X47	O motivo de retirada dos cateteres (exemplo alta, infecção, óbito etc.)

QUADRO 2- LISTA DE INDICADORES DE SEGURANÇA

FONTE: Hospital do Trabalhador (2016)

A partir da lista geral de indicadores, realizou-se a análise temática, separando os indicadores da lista por categorias específicas, relacionadas aos protocolos de segurança do MS, desta forma emergiram: indicadores relacionados à lesão por pressão; indicadores relacionados à identificação, indicadores relacionados à queda; indicadores relacionados à infecção e outros indicadores que

não se encaixam em nenhuma das categorias anteriores, descritos em seguida no Quadro- 3.

Lesão por Pressão		Identificação		Queda		Infecção		Outros	
Classificação	Indicador	Classificação	Indicador	Classificação	Indicador	Classificação	Indicador	Classificação	Indicador
1	X2	5	X9	15	X8	10	X11	18	X39
2	X3	22	X10	19	X6	11	X22	31	X33
3	X19	42	X13	23	X5	12	X17	40	X34
4	X20			32	X38	13	X46	41	X14
6	X21			36	X7	14	X47	46	X42
7	X23			44	X40	16	X27	47	X37
8	X1			45	X2	17	X18		
9	X4					21	X41		
20	X25					24	X28		
26	X24					25	X29		
27	X26					28	X35		
33	X21					29	X12		
						30	X15		
						34	X45		
						35	X16		
						37	X44		
						38	X36		
						39	X43		
						43	X30		

QUADRO 3-CATEGORIAS DE INDICADORES DE SEGURANÇA
 FONTE: O autor (2017)

5.3 RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA: indicadores de segurança hierarquizados

Na segunda etapa, após a aplicação do instrumento com escala de Likert, aos 25 enfermeiros participantes, foi realizada a análise estatística. Esta análise revelou a primeira listagem de indicadores, e a partir dos resultados mais relevantes, os indicadores foram hierarquizados, por atribuição de valores a cada indicador pelos participantes.

Com o objetivo de ranquear a avaliação de cada indicador, apresenta-se em seguida no Quadro 4, a listados em ordem de valor atribuído a cada indicador, do maior ao menor valor.

	Indicador	Valor Atribuído	Desvio Padrão	Mediana	Quantil.90	Mínimo	Máximo
1	O número de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão	4.96	0.2	5	5	4	5
2	O número de pacientes recebendo avaliação “diária” para risco de úlcera por pressão	4.96	0.2	5	5	4	5
3	O valor do Braden, que os pacientes com úlcera apresentaram durante o internamento	4.96	0.2	5	5	4	5
4	O valor do Braden que o paciente apresentava no “aparecimento” da úlcera	4.92	0.28	5	5	4	5
5	O número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente	4.88	0.33	5	4.4	4	5
6	A categoria (I, II, III etc.) das úlceras por pressão abertas na UTI	4.88	0.33	5	4.4	4	5
7	O local anatômico das úlceras abertas na UTI (exemplo: sacra, occipital, etc.)	4.88	0.33	5	4.4	4	5
8	O número de pacientes submetidos a avaliação de risco para úlcera por pressão na “ admissão ”	4.88	0.44	5	5	3	5
9	O número de lesões por pressão	4.88	0.44	5	5	3	5
10	Número de Pacientes com Cateter Venoso Central ao dia	4.84	0.37	5	4	4	5
11	O tempo em dias que levou para abrir úlcera na UTI	4.84	0.37	5	4	4	5
12	O número de pacientes que utilizaram PAM	4.8	0.41	5	4	4	5
13	O número de tentativas de punções cateteres na UTI	4.8	0.41	5	4	4	5
14	O motivo de retirada dos cateteres (exemplo alta, infecção, óbito etc.)	4.8	0.5	5	4	3	5
15	Índice de quedas	4.76	0.44	5	4	4	5
16	O tempo de permanência de SVD	4.76	0.44	5	4	4	5
17	O número de pacientes que utilizaram SVD	4.76	0.52	5	4	3	5
18	O valor do NAS mensal da UTI	4.76	0.52	5	4	3	5
19	O número de quedas “ com ” dano	4.72	0.46	5	4	4	5
20	A categoria (I, II, III etc.)	4.72	0.46	5	4	4	5

	das úlceras “ externas ”.						
21	O número de pacientes que apresentaram flebite	4.72	0.46	5	4	4	5
22	O número de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na UTI	4.72	0.54	5	4	3	5
23	O número de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na “ admissão ”	4.68	0.48	5	4	4	5
24	O tempo de permanência de PIC	4.68	0.48	5	4	4	5
25	O tempo de permanência de PAM	4.68	0.48	5	4	4	5
26	A origem das úlceras “ externas ” (exemplo posto 1, PS, etc.).	4.68	0.56	5	4	3	5
27	O local anatômico das úlceras “ externas ” (exemplo: sacra, occipital, etc.)	4.68	0.56	5	4	3	5
28	O número de pacientes que usaram cateter de monitorização de PIC	4.68	0.56	5	4	3	5
29	O número de CV-dias: Somatório do número de pacientes em uso de cateter vesical de demora, na UTI, no período acompanhado	4.64	0.57	5	4	3	5
30	O número de pacientes que utilizaram acessos periféricos	4.64	0.57	5	4	3	5
31	O número de pacientes que usaram bolsa de Bogotá	4.64	0.7	5	4	2	5
32	O número de pacientes que apresentaram Risco de restrição	4.64	0.7	5	4	2	5
33	A relação dos pacientes que abriram úlceras na UTI com a utilização de dispositivos como colar, fixador, tração etc.	4.64	0.91	5	4	1	5
34	O tipo do Cateter (exemplo: PAM, CVC, bulbo jugular, PICC etc.)	4.6	0.65	5	4	3	5
35	O número de pacientes que utilizaram drenos	4.56	0.65	5	4	3	5
36	O número de quedas “ sem ” dano	4.56	0.71	5	4	2	5
37	O local de punção de cateter venoso central (exemplo: subclávia D, femoral E, etc.)	4.52	0.71	5	3.4	3	5
38	O número de pacientes que apresentaram Risco de Flebite	4.52	1	5	4	1	5

39	A origem das punções de cateter venoso central (exemplo: centro cirúrgico, UTI, etc.)	4.48	0.77	5	3	3	5
40	O número de pacientes que usaram colar cervical	4.44	0.71	5	3.4	3	5
41	O número de pacientes que utilizaram SNE / SNG /SOG	4.4	0.71	5	3.4	3	5
42	A origem dos pacientes sem pulseira de identificação. (Exemplo: centro cirúrgico, PS, etc.)	4.4	0.76	5	3	3	5
43	O tempo de permanência de SNG	4.36	0.76	5	3	3	5
44	O número de pacientes contidos	4.36	0.76	5	3	3	5
45	O número de pacientes que usaram de tração ou fixador externo	4.36	0.99	5	3	1	5
46	O número de pacientes que perderam SNG	4.32	0.99	5	3	2	5
47	O número de pacientes que apresentaram Risco de Perda de Sonda	4.32	1.07	5	3	1	5

QUADRO 4 - MEDIDAS DESCRITIVAS PARA CADA INDICADOR

FONTE: O autor (2017)

5.4. RESULTADOS DA TERCEIRA ETAPA: O estabelecimento dos indicadores de segurança a serem trabalhados segundo os enfermeiros.

Após a análise estatística, os indicadores foram listados por ordem de valor atribuído do maior ao menor e divulgados para os enfermeiros participantes, em uma lista impressa objetivando sua compreensão, análise e concordância ou não em um grupo focal.

Em seguida o Quadro- 5 mostra a categorização das respostas para a primeira pergunta se eles concordaram com os resultados.

<p>Concordância com os resultados (C2, E1, C5)</p>		<p>...eu penso que os resultados deram muito de úlceras, por ser um dos problemas que temos na instituição. A gente na hora de responder acabou tendenciando, por conta de ter um problema envolvido, a gente deu uma importância maior. Mas eu não consigo olhar para um indicador e dizer que ele não é importante. Para mim todos são importantes. Se pegar os dois últimos, por exemplo: número de pacientes que perderam a sonda, é importante. Eu só queria dizer que eu tenho dificuldade em dar grau de importância. Mas daí eu lembrei que um outro problema que a gente tem além das úlceras é a pneumonia. A gente tem um indicador aqui que seja de pneumonia? C2</p>
<p>Priorização dos indicadores (A1, G2, A4, B1, C6, H10, C12)</p>	<p>1- Os indicadores refletiram os problemas atuais</p>	<p>...eu acho que com a classificação que a gente colocou, ficou muito nítido, qual é a nossa fragilidade, e qual é o ponto principal da nossa preocupação hoje, porque assim a maioria dos itens é voltado para úlcera. Foi um dos pontos mais abordados mais requisitados, e que a gente vê que a gente mais precisa melhorar. E1</p>
	<p>2- Todos os indicadores são importantes</p>	<p>...tem uma quantidade de indicadores que devem ser selecionados hoje? A1</p> <p>...mas ao mesmo tempo são todos importantes, uma das dificuldades é na hora de definir estes indicadores. A4</p> <p>...no trabalho você vai mantem essa ordem, da nossa votação ou você vai fazer uma classificação, vão listar de uma forma mais gerencial ou assistencial? G2</p>
	<p>3- Indicadores que são importantes e não aparecem na lista</p>	<p>...É engraçado, mas o indicador NAS, estar em 18º lugar, como gestor é importante. C5</p> <p>...olhando aqui o item 30 não to achando ele tão relevante como indicador e sim o 21. Ou seja, o número de pacientes que utilizam acessos periféricos, por que isso é algo que todos os pacientes de UTI vão utilizar. Por que por menor que seja a invasão ela vai ter. Acho mais relevante o 21, no caso o número de pacientes que apresentaram flebites. B1</p>
	<p>4- Definição de indicadores</p>	<p>...o ministério tem poucos indicadores, para nós as vezes é pouco, conforme você vai coletando você vai querendo saber mais. C6</p> <p>...pelo menos o mínimo do obrigatório. H10</p> <p>...compilado deu identificação por pressão, queda começa pelos obrigatórios que contempla 95% dos obrigatórios. C12</p>

QUADRO 5- CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS PARA PRIMEIRA PERGUNTA

FONTE: O autor (2017)

O Quadro- 6 mostra a resposta a segunda pergunta: qual a sugestão do grupo para começar a trabalhar os indicadores por ordem de importância?

Tema	Subtema	Exemplos
Organização dos indicadores (G3, B2, J4 H11, A6, J3, D1, B3, G4, B1, G5, C12)	1- Reagrupamento dos indicadores	...essa divisão deixa mais organizado. G3
	2- Adequar um instrumento de coleta para todos os indicadores	<p>...no meu entender alguns indicadores podem ser condensados... em minha opinião podia ser um só. B2</p> <p>...eu entendi que seria diminuir o número de instrumento de coleta, número de papeis. J4</p>
	3- Iniciar os trabalhos pelos indicadores que foram considerados mais relevantes	<p>"... entraria queda, identificação e úlcera. H11</p> <p>...acredito que o indicador de identificação deveria ser o primeiro se for para categorizar. A6</p> <p>...não dá para direcionar todos estes indicadores para o protocolo do ministério da saúde. Usar a classificação com MS? J3</p> <p>...eu acho que assim o número 1e 2 e 8 podem ficar juntos porque todos os pacientes, na minha opinião dentro da UTI tem que ser todos avaliados na admissão, diária, revisão dos indicadores de IP. D1</p> <p>...indicadores condensados 31, 32, 33, 40, 45. B3</p> <p>...começar pela prioridade do que já foi levantado, já que foi a prioridade que os enfermeiros escolheram lesões por pressão que emergencialmente é o que os enfermeiros escolheram. G4.</p>
	4- Sugestão de um novo instrumento	<p>...se já tiver o programa fica mais fácil ir acrescentando depois G5</p> <p>...compilado deu identificação por pressão, queda começa pelos obrigatórios que contempla 95% dos obrigatórios, fica menor e mais fácil para desenvolver um novo instrumento ou software. C12</p>

QUADRO 6-CATEGORIZAÇÃO DAS RESPOSTAS PARA SEGUNDA PERGUNTA

FONTE: O autor (2017)

6 DISCUSSÃO

6.1 INDICADORES EXISTENTES DAS UTIs, INDICADORES DE INTERESSE DA ENFERMAGEM E SUA CATEGORIZAÇÃO.

A avaliação dos relatórios das UTIs apontou que são coletados dados para indicadores de segurança desde 2012, com um crescimento ao longo do tempo, e com envolvimento significativo de membros da equipe multidisciplinar: medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, farmácia e Núcleo de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar (NECIH). Durante a análise documental, verificou-se que 45 indicadores são monitorados exclusivamente por enfermeiros, do total de 134 indicadores.

A equipe de enfermagem é quem mais gera indicadores nestas UTIs. Na análise comparativa entre os indicadores utilizados e os indicadores obrigatórios do Ministério da Saúde (anexo 1) pode-se verificar que a lista de indicadores das UTIs contempla indicadores de três dos seis Protocolos de Segurança do Paciente, sendo eles: prevenção de quedas, identificação e prevenção de lesão por pressão, monitorando todos os indicadores exigidos, com exceção de dois: X2 - o número de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão, e X9 - o número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente. Destaca-se que os indicadores contidos no Protocolo de Cirurgia Segura, não se aplicam ao local de estudo; os indicadores contidos no Protocolo de Segurança na prescrição e uso e administração de medicamentos são monitorados pela equipe de farmacêuticos do hospital; e, os indicadores relacionados à higiene das mãos são monitorados pela equipe de enfermeiros da NCCIH.

A listagem dos indicadores obrigatórios foi extraída do Plano Nacional de Segurança do paciente do MS, que orienta as ações referentes à segurança do paciente, que devem ser monitoradas por indicadores, gerido por uma instância (núcleo) responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas. (BRASIL, 2014).

Segundo a Portaria MS/GM nº 529/2013 a definição dos indicadores e do período para o monitoramento será consonante com a capilarização do Programa

Nacional, por meio de reuniões regionais, ou de categorias profissionais. (BRASIL, 2014).

Val (2006), em estudo intitulado “A construção de indicadores de qualidade de enfermagem”, relata que a experiência compartilhada entre enfermeiros dos hospitais que faziam parte do controle de qualidade hospitalar (CQH), permitiu identificar e aperfeiçoar um rol de indicadores de qualidade específicos para a área de Enfermagem, preenchendo a lacuna existente no contexto da gestão em saúde. O estudo possibilitou um consenso do seu conteúdo, assim como padronizar a coleta de dados e pontuar as particularidades de cada indicador, tornando os resultados fidedignos e confiáveis, sendo esta percepção similar ao presente estudo.

Ainda sobre o estudo de Val (2006), que resultou na elaboração de seis indicadores de qualidade assistencial e 10 de recursos humanos, os quais surgiram da vivência dos referidos profissionais de saúde, teve como produto final desse conhecimento a publicação de um manual de Indicadores de Enfermagem. Ao relacionar esta informação com o presente estudo, para aqueles que derem continuidade a este trabalho, como um possível objetivo futuro, talvez elaborar um manual de indicadores específicos para UTIs que prestem atendimento a pacientes vítimas de trauma.

Rossaneis (2014), sobre estudo realizado com indicadores de segurança demonstra que a sua maior parte, é utilizada no gerenciamento dos serviços relacionados à assistência direta aos pacientes. Contudo, não há uma padronização, sendo que cada instituição estabelece um rol de indicadores para seguir. A conclusão da pesquisa foi que a utilização de indicadores já é uma realidade nas instituições de saúde, porém ainda é preciso programar estratégias para a sua análise para que sejam capazes de comparação e contemplem os diferentes contextos da assistência à saúde prestada à população, a fim de financiar programas e políticas públicas de melhoria da qualidade assistencial. Da mesma forma por meio da análise dos indicadores das UTIs, espera-se contribuir para a programação de estratégias que visem a melhoria da assistência prestada.

Corroborando ao explicitado anteriormente um estudo realizado em 2010 sobre análise de indicadores, após uma seleção por especialistas. Dos 124 indicadores do rol inicial, restaram 60, concluindo que cabe ao serviço ou pesquisador decidir por aqueles que sejam mais pertinentes aos seus objetivos e realizáveis em termos de execução. (SOUZA, 2010).

É necessário que os indicadores sejam analisados e interpretados de forma fácil e que sejam compreendidos por quem usa estas informações, em especial gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde. (WEIGELT, 2012). Da mesma forma na pesquisa realizada, frisa-se a necessidade de se analisar e interpretar os indicadores antes de se definir a prioridade de intervenção.

Cabe aludir ainda, que os resultados devem ser atrelados a metas, e estas nem sempre são claras na maioria dos serviços. Acredita-se que seja recomendável definir um número de indicadores a serem analisados de forma regular para direcionar os trabalhos. Para isso, cada serviço deveria definir os dados necessários para serem coletados de forma sistemática, o que implica que se esteja alerta para a qualidade com que se fazem seus registros. (SOUZA, 2010).

Todavia, reafirma-se a necessidade de avaliação do cuidado prestado a estes pacientes por meio de indicadores, podendo ser utilizada no sentido de reforçar o desejo natural dos profissionais de saúde em melhorar o cuidado e ao mesmo tempo, funcionar como uma forma de compreender a qualidade deste cuidado. (MORAIS, 2014).

6.2 INDICADORES DE SEGURANÇA HIERARQUIZADOS

Os quatro indicadores melhores avaliados e seu respectivo valor atribuído foram: X2 - O número de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão (4,96), (indicador não monitorado nas UTIs); X3 - O número de pacientes recebendo avaliação diária para risco de úlcera por pressão (4,96); X19 - O valor do Braden que os pacientes com úlcera apresentaram durante o internamento (4,96); X20 - O valor do Braden que o paciente apresentava no aparecimento” da lesão (4,92).

Logo em seguida, seguem os indicadores: X9 - O número de eventos adversos devido às falhas na identificação do paciente (4,88); (indicador não monitorado nas UTIs); X21 - A categoria das úlceras por pressão abertas na UTI (4,88); X23 - O local anatômico das úlceras abertas na UTI (4,88); X1 - O número de pacientes submetidos a avaliação de risco para úlcera por pressão na admissão

(4,88); X4 - O número de úlcera por pressão (4,88), sendo que neste uma pessoa respondeu como indiferente.

Os indicadores: X2 - O número de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão; X3 - O número de pacientes recebendo avaliação diária para risco de úlcera por pressão e X19 - O valor do Braden que os pacientes com úlcera apresentam durante o internamento, estão empatadas em primeiro lugar no quesito de maior valor atribuído, pois as seus valores foram iguais a 4.96; ainda, o menor valor atribuído para esta questão foi igual a 4, sendo que no mínimo 90% dos respondentes (n= 22 participantes) deram valor 5 para essas questões (essa informação é vista na coluna Quantil.90); o desvio padrão também foi o menor, e igual a 0,2 em relação a todas as outras questões. Ademais, esses indicadores tiveram 24 respondentes avaliando o item com valor atribuído de 5, e apenas um com valor 4.0.

Entre os dez primeiros indicadores classificados, apenas um se refere a identificação paciente, classificado na quinta colocação sendo ele: O número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente. Este indicador não é mensurado pelos enfermeiros nas UTIs. Foi colocado na listagem após verificação dos indicadores do MS, e na avaliação feita pelos participantes, considerado entre os mais importantes.

Em um estudo realizado em São Paulo sobre segurança do paciente em que se afirma sobre o que tange à identificação do paciente, foram constatados registros inadequados em todos os momentos do processo de cuidado em saúde. “Isto expressa a deficiência de evidências publicadas sobre este tema e sua importância nos serviços de saúde, bem como a necessidade de maior atenção dos pesquisadores para este fenômeno”. (GOMES, 2017, pág. 151).

Os indicadores relacionados às lesões por pressão foram os que mais apareceram entre os dez primeiros listados por valor atribuído, sendo um total de 8. Estudos internacionais indicam taxas de prevalência de úlcera por pressão em hospitais americanos de 12,3% nos pacientes internados em unidades de cuidados clínicos e de 22% em unidades de terapia intensiva. Na Suécia, um hospital geral demonstrou taxa de prevalência de UP de 23%, e na Suíça, identificou-se a prevalência de 26,5% de UP em crianças hospitalizadas. (SCHLUER, 2014).

No Brasil, um estudo realizado em 2011, verificou a prevalência geral de 19,5% de lesão por pressão em pacientes admitidos nas unidades de clínica médica,

cirúrgica e de terapia intensiva do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Reconhece-se então, que a preocupação com lesões por pressão é um problema real das UTIs brasileiras, devido á sua alta prevalência, sendo de fato uma preocupação, como identificado no presente estudo. (ROGENSKI, 2011).

Corroborar, ao explicitado anteriormente, que a medida da prevalência de lesão por pressão tem demonstrado implicações significativas para a enfermagem clínica e para o monitoramento da qualidade do cuidado. É uma ferramenta que serve para melhorar políticas de prevenção e procedimentos em muitos países. (ZAHO, 2010).

Em outro estudo realizado em 2015, sobre indicadores de prevalência de úlcera por pressão e incidência de queda de pacientes em hospitais de ensino do município de São Paulo, concluiu-se que os indicadores assistenciais representam uma maneira de monitorar e de registrar eventos, possibilitando identificar suas circunstâncias, sequelas e possíveis medidas para preveni-las. Conclusão esta que vem de encontro com a necessidade identificada no estudo de se definir e elencar os indicadores de segurança das UTIs. (MELLEIRO, 2015). Sobre a definição e escolha de indicadores, um estudo sobre prognóstico de pacientes neurológicos, diz que a melhora se deve principalmente aos avanços nos cuidados intensivos à implementação de indicadores para avaliação do cuidado resultou em assistência adequada e imediata. (MORAIS, 2014). Esta afirmação reforça a importância e a necessidade de se implantar e se escolher os indicadores certos.

Dos sete indicadores de cateter venoso central, cinco foram os últimos classificados pelos enfermeiros, talvez por não terem problemas expoentes relacionados ao cateter venoso central, pois os indicadores das unidades demonstram baixas taxas ou quase nulas relacionadas à infecção de cateter. Taxa de infecção de cateter venoso central anual 1,3%, um total de 8 pacientes durante o ano, dados fornecidos pelo núcleo de controle de infecção hospitalar do hospital. (NCCIH-HT, 2016).

6.3 O ESTABELECIMENTO DOS INDICADORES DE SEGURANÇA A SEREM TRABALHADOS SEGUNDO OS ENFERMEIROS

Após a realização do grupo focal, pela análise das falas foi possível consolidar três temas principais: A primeira contempla concordância com os resultados; a segunda abrange a priorização dos indicadores, e a última organização dos indicadores.

O primeiro tema retrata uma preocupação dos enfermeiros com os indicadores relacionados especialmente às lesões por pressão, suas falas demonstram ser um dos maiores problemas das UTIs. Esta preocupação pode ser um sentimento relacionado ao estigma de culpa, caracterizado por ensinamentos antigos da enfermagem, de considerar que o enfermeiro é o único responsável pelo surgimento deste evento adverso. É possível encontrar profissionais que consideram a lesão por pressão como uma demonstração exclusiva de má assistência, seja ela prestada por familiares ou profissionais de saúde. Alguns sentimentos como culpa, medo e vergonha são oriundos da falta de compreensão sobre o erro que contribuem para se omitir estas situações, devido ao intenso caráter punitivo que ainda existe em algumas instituições. (MORRISON, 2004; DUARTE, 2015).

Este pensamento que pode ser reforçado ao se analisar o tempo médio de formação dos enfermeiros participantes do presente estudo (10 anos).

Silva (1988) já reforçava o pressuposto anterior, afirmando que durante longo tempo a enfermagem sentiu culpa pela ocorrência de lesões por pressão, acreditando como resultado de uma assistência de enfermagem de má qualidade. Hoje, já se sabe e é de conhecimento da equipe de saúde o conjunto de fatores que podem influenciar a resposta tecidual à pressão.

Ter como meta principal eliminar ou reduzir o risco de desenvolvimento de lesão por pressão deve ser uma preocupação de toda a equipe, devendo ser realizada pela instituição, por meio de estratégias adequadas de prevenção. Pois já é sabido que algumas úlceras são inevitáveis, pois existem situações em que não é possível proporcionar alívio e melhorar a perfusão. (BLACK, 2011).

Em um estudo realizado sobre prevenção e tratamento de lesão por pressão, verificou-se que a categoria profissional que mais se preocupa com essa temática, é a dos enfermeiros. Esta percepção pode estar ligada à responsabilidade da autoria pelo surgimento dessas lesões ao profissional enfermeiro, justificando que

a presença contínua da enfermagem no ambiente hospitalar remete-a à maior atribuição sobre o cuidado e com os resultados da assistência. (CARVALHO, 2007).

Várias são as questões que demonstram que a as lesões por pressão não é atribuição exclusiva da equipe de enfermagem como: evidências científicas, desenvolvimento de estudos e da tecnologia. Se deve a muitas causas, que vão precisam ser conhecidos e evitados, não sendo somente falta de cuidado prestado pela equipe de enfermagem. (ALVES, 2008).

Segundo o Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2015, do MS Brasileiro, os *never events* (eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde), notificados no país totalizaram 796 casos, dos quais 94,8%, consistiu em lesões por pressão estágios III e IV. Estes eventos são incidentes graves que devem ser evitados por meio da criação de sistemas robustos de prevenção em instituições de saúde, pois quando um caso ocorre, além de provocar danos físicos e psíquicos ao paciente podem afetar a reputação de profissionais e a imagem da instituição de saúde, além de atrair a atenção pelo sensacionalismo na mídia. (ANVISA, 2015).

Sobre a segunda categoria priorização de indicadores a análise das falas dos participantes, refletem a importância e a necessidade de se priorizar os indicadores de segurança das UTIs, e após esta priorização iniciar a ações que modifiquem a realidade. Os participantes entenderam que elencar os indicadores é importante para traçar um plano de ação futuro, que objetive mudar o quadro dos indicadores considerados prioritários para intervenção.

Os participantes decidiram em comum acordo, quanto à priorização de indicadores, começar pelos indicadores obrigatórios do MS.

Cumprir refletir que o desejo de mudança da realidade é perceptível nas falas dos enfermeiros. Segundo Fonseca (2005) melhorar a qualidade da assistência continuamente, desejando atingir excelência, é um processo ativo e cansativo, que visa identificar os fatores participantes no processo de trabalho da equipe de enfermagem, e requer do enfermeiro programar medidas e a elaborar instrumentos que permitam avaliar de maneira ordenada os níveis de qualidade dos cuidados realizados.

Reconhece-se, no entanto, que é fundamental ao cuidado que os profissionais, para que possam tomar decisões assertivas e baseadas em medidas válidas, desenvolvam pensamento crítico. (MORAIS, 2014).

Quanto ao terceiro tema, organização dos indicadores, cita-se condensar indicadores, organizar a coleta de dados e principalmente como desejo comum, desenvolver um instrumento único de coleta. Corrobora ao explicitado anteriormente, que os indicadores de saúde, se forem concebidos de forma regular e manuseados em um sistema ativo, constituem uma ferramenta essencial para gerir e avaliar a situação da saúde, em todos os níveis. (WEIGELT, 2012).

Tal afirmação vem de encontro à necessidade dos enfermeiros em desejar um instrumento mais eficaz e simplificado, explicitado em algumas de suas falas, sinalizando ser uma prioridade urgente, pois até então possuíam uma prática de muitos indicadores de forma desorganizada e dispendiosa, pelo volume de papéis e grande gasto de tempo para preencher e tabular os dados. (ROSSANEIS, 2014).

7. INSTRUMENTO DE COLETA DE INDICADORES

Com base nos resultados da pesquisa realizada, especialmente do grupo focal em que os enfermeiros expuseram suas reais necessidades e desejos de intervenção, foi proposto desenvolver um instrumento mais adequado de coleta de dados.

Também para cumprir o objetivo principal do mestrado profissional, foi então desenvolvido um modelo de um instrumento de coleta de indicadores informatizado, que deverá ser testado em uma próxima pesquisa. Devido ao cumprimento dos prazos estabelecidos pelo mestrado profissional, não há tempo hábil para tal nesta pesquisa.

A respeito da confecção do instrumento, inicialmente foi feito o contato com as chefias das UTIs, e diante dos resultados apresentados, baseado também nas sugestões do grupo focal, foi sugerida a elaboração de um novo instrumento de coleta de indicadores, para uso dos enfermeiros, visto que o instrumento antigo era considerado confuso, com muitas páginas, informações dispersas, armazenadas em locais diferentes, e não contemplava todos os indicadores obrigatórios pelo MS.

Como solicitado pelos enfermeiros, o instrumento foi elaborado contendo os indicadores obrigatórios, dos protocolos de queda, prevenção de lesão por pressão e identificação que por uma divisão interna de trabalho são indicadores exclusivos da enfermagem naquele serviço, e também os indicadores específicos para UTI de trauma, sendo alguns deles compilados por sugestão dos mesmos.

Após elaborar o instrumento, ele foi apresentado aos gestores das duas unidades, sendo aplicadas sugestões e correções. Foi definido em comum acordo: pesquisadora e responsáveis pelas UTIs, como produto final do mestrado profissional.

O mesmo instrumento, baseado nos dados da pesquisa realizada, foi apresentado à equipe de informática da instituição, e em um pequeno comitê envolvendo: chefias das UTIs, pesquisador, diretora de enfermagem, e equipe de informática. Em comum acordo foi desenvolvido o mesmo formulário de forma eletrônica, com preenchimento on-line, podendo ser acessado de um computador fixo ou até mesmo de um celular, sendo necessário apenas acesso à intranet do hospital, ficando disponível para UTIs e demais setores do hospital que desejem

utiliza-lo, pois está anexado ao prontuário eletrônico do paciente, em uma aba específica chamada segurança do paciente. Tal formulário ficou pronto para uso em 03 de julho de 2017, mas a parte que compete à informática de tabulação dos dados, e geração de relatórios ainda está em fase de teste e aprimoramento, devendo estar pronta no início do mês de agosto de 2017, porém a parte de preenchimento do instrumento já está disponível para uso dos profissionais no sistema do hospital.

Resumidamente, o instrumento é composto das mesmas informações dos instrumentos antigos, com a vantagem de todos os dados serem condensados em uma única aba no sistema eletrônico do hospital, denominada de segurança do paciente, (FIGURAS 1). Esta aba fica anexada ao prontuário eletrônico do paciente, e foi dividida em 5 subtemas (FIGURA 2): identificação do paciente (FIGURA 3), escala de Braden (FIGURA 4), avaliação da pele (FIGURA 5), controle de dispositivos (FIGURA 6) riscos e eventos adversos (FIGURA 7). Gerando basicamente os mesmos indicadores anteriores, sendo adicionado: o indicador que não era tabulado: O número de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão, e mais três indicadores que estavam em outros instrumentos avulsos: O número de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na UTI, origem dos pacientes sem pulseiras, o número de pacientes que apresentam flebites. A (FIGURA 8) mostra o registro final da avaliação total dos dados de segurança do paciente avaliado que fica disponível para consulta no sistema.

Ficam de fora os indicadores relacionados à punção de cateter venoso central: X11, X12, X43, X44, X45, X46 X47, pois a instituição possui instrumento próprio para avaliação de punção e manutenção de cateter venoso central. E o indicador X9 que é o número de eventos adversos devidos à falha de identificação do paciente, dado monitorado pela NECCIH, que é tabulado após circunstância de eventos adversos, não sendo necessária avaliação diária.

Sobre o indicador X39, que se refere à escala de NAS (Nurse Activities Score), citado várias vezes no grupo focal fica fora deste trabalho, devido a complexidade, sendo necessário um estudo a parte.

Um dos propósitos principais do instrumento informatizado é o preenchimento à beira do leito com dispositivo celular ou Tablet, podendo o

enfermeiro avaliar o paciente e anotar prontamente, ganhando assim tempo, agilidade, fidedignidade e proteção da informação.

A formulação de um novo instrumento de indicadores e sua devida implantação, pode também colaborar para a criação de novos indicadores de segurança específicos para vítimas de trauma.



FIGURA 1- IMPRESSÃO DE TELA COM A ABA SEGURANÇA DO PACIENTE
 FONTE: Visual Hospub-sistema eletrônico do Hospital do Trabalhador



FIGURA 2- IMPRESSÃO DE TELA COM ITENS DA ABA SEGURANÇA DO PACIENTE
 FONTE: Visual Hospub-sistema eletrônico do Hospital do Trabalhador

Segurança do Paciente Imprimir | Marcar Todos

Nova Avaliação

Informações:

Clínica: UTI GERAL
Data Entrada: 06/07/2017 21:46

Profissional: JOSIANE BUGHAY ENFERMEIRA(O) ▼

Nova Avaliação

	Resultado
1 <input checked="" type="checkbox"/> Identificação	
Paciente com Pulseira?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Origem do Paciente	
<input type="radio"/> UTI I <input type="radio"/> UTI II <input type="radio"/> Posto 1 <input type="radio"/> PS <input type="radio"/> Maternidade <input type="radio"/> CO <input type="radio"/> Pediatria <input type="radio"/> C.C.G. <input type="radio"/> C.C.E.	
2 <input type="checkbox"/> Avaliação de Risco de Lesão por Pressão	
3 <input type="checkbox"/> Controle de Dispositivos	
4 <input type="checkbox"/> Avaliação de Riscos	

FIGURA 3- IMPRESSÃO DE TELA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 FONTE: Visual Hospub-sistema eletrônico do Hospital do Trabalhador

2  Avaliação de Risco de Lesão por Pressão

Escala de Braden

Percepção Sensorial

Totalmente limitada 1

Muito limitada 2

Levemente limitada 3

Nenhuma limitação 4

Umidade

Completamente molhada 1

Muito molhada 2

Ocasionalmente molhada 3

Raramente molhada 4

Atividade Física

Acamado 1

Confinado a cadeira 2

Caminha ocasionalmente 3

Anda frequentemente 4

Mobilidade

Totalmente imóvel 1

Bastante limitada 2

Levemente limitada 3

Sem limitações 4

Nutrição

Muito pobre 1

Provavelmente inadequada 2

Adequada 3

Excelente 4

Fricção e Cisalhamento

Problema 1

Problema em potencial 2

Nenhum problema aparente 3

FIGURA 4- IMPRESSÃO DE TELA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO
 FONTE: Visual Hospub-sistema eletrônico do Hospital do Trabalhador

Apresenta LPP?
 Sim Não

Origem da Lesão

<input type="radio"/> UTI I	<input type="radio"/> UTI II	<input type="radio"/> C.C.G.
<input type="radio"/> C.C.E.	<input type="radio"/> Posto 1	<input type="radio"/> PS
<input type="radio"/> CO	<input type="radio"/> Maternidade	<input type="radio"/> Pediatria
<input type="radio"/> Residência	<input type="radio"/> Outra Instituição	

Estágio

<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> II
<input type="radio"/> III	<input type="radio"/> IV
<input type="radio"/> Não estadiável	<input type="radio"/> Pele Íntegra

Local

<input type="checkbox"/> Sacra	<input type="checkbox"/> Calcâneos
<input type="checkbox"/> Occipital	<input type="checkbox"/> Glútea
<input type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Panturrilha
<input type="checkbox"/> Maléolo	<input type="checkbox"/> Trocânters
<input type="checkbox"/> Orelha	<input type="checkbox"/> Nariz
<input type="checkbox"/> Escapular	<input type="checkbox"/> Pênis
<input type="checkbox"/> Traqueo	<input type="checkbox"/> Punhos (contenção)
<input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Observações <input type="text"/>

Cuidados Preventivos

- Lençol Esticado
- Hidratação da pele
- Colchão de Ar
- Colchão Pneumático
- Colar Filadélfia
- Mudança de Decúbito
- Curativo Especial
- Avaliação Estomaterapeuta

FIGURA 5- IMPRESSÃO DE TELA DE AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO
 FONTE: Visual Hospub-sistema eletrônico do Hospital do Trabalhador

3 Controle de Dispositivos

Dispositivos

<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> Névoa Úmida	<input type="checkbox"/> SNE/SNG
<input type="checkbox"/> DVE/PIC	<input type="checkbox"/> Colar Cervical	<input type="checkbox"/> Traqueostomia
<input type="checkbox"/> Cateter Venoso Periférico	<input type="checkbox"/> Cateter Venoso Central	<input type="checkbox"/> PICC
<input type="checkbox"/> Bulbo Jugular	<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> Dreno de Tórax
<input type="checkbox"/> Dreno de Suctor	<input type="checkbox"/> Dreno de Pen Rose	<input type="checkbox"/> Bolsa de Bogotá
<input type="checkbox"/> Colo/Ileostomia	<input type="checkbox"/> Fixador Externo	<input type="checkbox"/> Tração Esquelética
<input type="checkbox"/> Triângulo de Abdução	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Cateter Umbilical
<input type="checkbox"/> Tala/Gesso		

FIGURA 6- IMPRESSÃO DE TELA DE CONTROLE DE DISPOSITIVOS
 FONTE: Visual Hospub-sistema eletrônico do Hospital do Trabalhador

4 Avaliação de Riscos

Risco de Queda

<input type="checkbox"/> Idade \leq 5 anos	1	
<input type="checkbox"/> Idade \geq 65 e \leq 74 anos	1	
<input type="checkbox"/> Idade \geq 75 anos	4	
<input type="checkbox"/> Urgência urinária/intestinal	1	Não
<input type="checkbox"/> Déficit sensitivo (visão, tato, audição)	1	
<input type="checkbox"/> Distúrbio neurológico	1	
<input type="checkbox"/> Faz uso sedativo ou pós-sedação	1	
<input type="checkbox"/> Dificuldade de marcha	1	
<input type="checkbox"/> Queda anterior no último ano no hospital	1	

Apresentou queda?

Sim Não

Queda com dano?

Sim Não

Risco de Flebite

<input type="checkbox"/> Idade \leq 5 anos	1	
<input type="checkbox"/> Idade \leq 65 anos	1	Não
<input type="checkbox"/> Condição prejudicada da rede venosa	1	
<input type="checkbox"/> Insuficiência vascular	1	
<input type="checkbox"/> Inserção de CVP em situações de emergência	1	
<input type="checkbox"/> Múltiplas punções venosas	1	
<input type="checkbox"/> Agitação	1	
<input type="checkbox"/> Infusão de drogas irritantes e hipertônicas	1	

Apresenta Flebite?

Sim Não

Risco de Restrição

<input type="checkbox"/> Episódio de Delírio	1	
<input type="checkbox"/> Não compreende a necessidade de tratamento	1	Não
<input type="checkbox"/> Medida alternativa sem sucesso, risco de lesão ou danos	1	
<input type="checkbox"/> Confuso, com sistema sensorial prejudicado	1	
<input type="checkbox"/> Agressividade pessoal, a equipe e outros	1	

Contido?

Sim Não

Contenção Adequada?

Sim Não

Notificação ao médico responsável

Sim Não

Risco de Perda de Sonda

<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora	1	
<input type="checkbox"/> Uso de sedativo ou pós-sedação	1	
<input type="checkbox"/> Manuseio de equipe durante procedimento	1	Não
<input type="checkbox"/> Fixação Inadequada	1	
<input type="checkbox"/> Obstrução	1	
<input type="checkbox"/> Tem risco de perda de sonda gástrica/enteral?	1	

Perdeu a sonda?

Sim Não

Total: 0

FIGURA 7- IMPRESSÃO DE TELA DE AVALIAÇÃO DE RISCOS
 FONTE: Visual Hospub-sistema eletrônico do Hospital do Trabalhador

Clínica: UTI GERAL Data Entrada: 11/06/2017 23:31		
1 Identificação		
Paciente com Pulseira?	Sim	
Origem do Paciente	UTI I	
2 Avaliação de Risco de Lesão por Pressão		
Escala de Braden		
Percepção Sensorial	Muito limitada	2
Umidade	Ocasionalmente molhada	3
Atividade Física	Acamado	1
Mobilidade	Levemente limitada	3
Nutrição	Provavelmente inadequada	2
Fricção e Cisalhamento	Problema em potencial	2
Apresenta LPP?	Sim	
Origem da Lesão	Posto 1	
Estágio	II	
Local	Outro (axila bilateral)	
Cuidados Preventivos	Lençol Esticado, Hidratação da pele, Mudança de Decúbito	
3 Controle de Dispositivos		
Dispositivos	TOT, SNE/SNG, Cateter Venoso Periférico, Dreno de Tórax, SVD	
4 Avaliação de Riscos		
Risco de Queda	Não	
Apresentou queda?	Não	
Queda com dano?	Não	
Risco de Flebite	Agitação	Sim
Apresenta Flebite?	Não	
Risco de Restrição	Confuso, com sistema sensorial prejudicado	Sim
Contido?	Sim	
Contenção Adequada?	Sim	
Notificação ao médico responsável	Sim	
Risco de Perda de Sonda	Agitação Psicomotora, Uso de sedativo ou pós-sedação, Manuseio de equipe durante procedimento, Tem risco de perda de sonda gástrica/enteral?	Sim
Perdeu a sonda?	Não	
		Total 13

FIGURA 8- IMPRESSÃO DE TELA COM REGISTRO FINAL DOS DADOS DA AVALIAÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

FONTE: Visual Hospub-sistema eletrônico do Hospital do Trabalhador

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente é um campo aberto, ainda em fase de descoberta e aprendizado, e por isso muitas são as transformações que envolvem o tema. Mais que uma política pública, a segurança do paciente traz um dever ético do profissional de enfermagem em desenvolver ações que primem pela mesma. Por isso é tão importante rever os processos de trabalho e suas contribuições para que o paciente seja sempre atendido sem que haja riscos desnecessários.

Considera-se que este estudo permitiu atender aos objetivos propostos e ressalta-se que este foi um processo o qual, todos puderam opinar, facilitando a conscientização para o problema e a busca de soluções conjuntas, o que resultou em êxito do projeto.

A organização dos indicadores de segurança da Enfermagem das UTIs, a determinação do seu conteúdo pelo consenso, a uniformização da coleta de dados e a explicitação de algumas particularidades das categorias dos indicadores, favoreceram a compreensão da real situação dos indicadores das UTIs, e a exposição das necessidades de intervenção. Propiciaram, ainda, identificar um rol de indicadores de segurança de interesse para a área de enfermagem, oportunizando assim disponibilizar mais informações sobre indicadores especificamente para UTIs de trauma, abrindo caminho para novos estudos, tanto para validar este instrumento como modificá-lo se for o caso, e expandir para outros serviços dentro do hospital.

Como contribuição para o serviço, além das discussões e da facilidade de reorganização da coleta de indicadores, tem implicações diretas no processo de trabalho do enfermeiro e da gestão do hospital, que poderá se valer desses dados para tomadas de decisões estratégicas

Embora seja um estudo local, trata-se de abordar uma problemática que é recorrente nos serviços, que é a otimização de tempo e recursos de enfermeiros em prol do atendimento de pacientes. Neste sentido, este instrumento poderá ser aplicado e adaptado em outras realidades, pois está disponível no sistema para utilização de todos os setores do hospital.

A aplicação desses indicadores, em outras UTIs, possibilitará a comparabilidade interna e externa das instituições com relação aos seus processos de trabalho, podendo vir a ocasionar uma melhor avaliação dos serviços assim como decisões mais assertivas.

Como limitações, cita-se o fato do estudo se restringir apenas a duas UTIs do hospital, e não haja ainda possibilidade de avaliação formal do instrumento.

Como experiência pessoal, houve ganho no aprendizado sobre o tema segurança do paciente, incitando momentos de reflexão em relação não só a obrigatoriedade das políticas públicas e a realidade profissional atual e suas dificuldades, quanto às exigências legais exigidas pelo PNSP, mas também pelo dever ético e moral, validado pelo juramento da profissão, em não participar de atos

que coloquem em risco a integridade da vida humana, despertando ainda maior interesse para ações de melhoria no que se refere à coleta e monitorização de indicadores de segurança em saúde.

Dessa forma, conclui-se que o objetivo geral desta pesquisa foi alcançado com a elaboração de um novo instrumento de coleta de dados, sendo esta a contribuição principal para a instituição e para os profissionais enfermeiros que atuam naquele local. Seus resultados constituem um diagnóstico situacional para futuros pesquisadores analisarem e planejarem possíveis pesquisas e projetos de intervenção.

A realização desta pesquisa suscitou a formulação das seguintes sugestões: elaborar um manual de ficha técnica de indicadores; validar e implantar o instrumento de coleta de indicadores de segurança de Enfermagem nas UTIs de trauma; implantar e testar o instrumento eletrônico informatizado.

Pode-se então concluir que os indicadores podem ser coletados e monitorados individualmente pelo enfermeiro, mas pertencem e são de responsabilidade de todos os membros da equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. R. *et al.* A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Revista Inst. Ciências da Saúde**. São Paulo, v.26, n.4, p. 397-402, 2008.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Process and outcome criteria of selected diagnoses**. Kansas City: ANA; 1995.

ANVISA. **Manual de Indicadores Nacionais de infecções relacionadas a assistência à saúde**. Brasília, DF Anvisa 2010. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1ff4120047457e9b8a6ede3fbc4c6735/INDICADORES+NACIONAIS+DE+INFECC%C3%87%C3%83O+-+Setembro+2010+-+NOVO.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso em: 12 de dezembro de 2015.

ANVISA, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF: Anvisa; 2013. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 12 de dezembro de 2015.

ANVISA, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Plano Integrado para Gestão Sanitária da segurança do paciente em serviços de saúde**. Brasília, DF: Anvisa 2014. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>> Acesso em: 15 de dezembro 2015.

ANVISA, Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente** .2015. Brasília, DF, Disponível em: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Enfermeiros/Meus%20documentos/Downloads/PLANO_INTEGRADO.pdf. Acesso em 20 de maio de 2017.

ASGARI H., Esfahani SS, Yaghoubi M, Javadi M, Karimi S. Investigating selected patientsafety indicator using medical records data. **Journal Education Health Promot**. Mumbai, n. 4, p. 54, 2015.

BARDIN, Análise de Conteúdo: A Visão de Laurence Bardin. **Revista eletrônica de Educação**, São Paulo ,70 ed, p. 229, 2011.

BÁSCOLO, E, Yavich, N, & León, A. S. El proceso de interacción investigadores y tomadores de decisiones: um estudio de caso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 22, p.47-56, 2006.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3.ed., São Paulo: Prentice-Hall, 2007.

BERTUCCI, J.L.O. **Metodologia Básica para Elaboração de Trabalhos de Conclusão de Cursos: ênfase na elaboração de TCC de pós graduação Latu Sensu**. São Paulo: Atlas, 2008.

BLACK J.M., Edsberg LE, et. Al. Pressure Ulcers: Avoidable or Unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy Wound, Management*; v.57, n.2, p.24–37, 2011.

BRADEN. B.J., Maklebust J. Preventing pressure ulcers with the Braden Scale: An update on this easy-to-use tool that assesses a patient's risk. **Am J Nurs.**; v. 105, n.6, p.70–2, 2005.

BRASIL, **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013: Institui o **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2013.

BRASIL. Resolução – **RDC nº 36** de 25 de julho de 2013. Diário Oficial República Federativa do Brasil. Brasília, 2013.

BRASIL, **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**, 2014 Disponível em: <
https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf> Acesso em: 06 de março de 2017.

BRASIL, **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**, 2013. Disponível em <
https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro_1-Assistencia_Segura.pdf> Acesso de 07 de janeiro de 2017.

BRENNAN, T.A., Hebert L, Lair NM, Lawthers AG, Thorpe KE, Leape LL et al. Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. **JAMA.**; v.265, n.24, p:3265-9, 1991.

BROWN, J. Cox, *et al.* The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **CMAJ.** n. 170, p.1678–1686, 2004.

CAMPOS, V.F. **TQC- Controle da qualidade total.** Belo horizonte, MG: Editora de desenvolvimento gerencial, 1999.

CAVALCANTE, MLS, Indicadores de saúde e a segurança do idoso institucionalizado. **Rev. Esc. Enferm.,** São Paulo, v.50, n.4, p.602-609, 2016.

CARVALHO, L.S., Ferreira SC, Silva C.A., Santos A.C.P.O., Regebe C.M.C. Concepções dos acadêmicos de enfermagem sobre prevenção e tratamento de úlceras por pressão. **Rev Baiana Saúde Pública.** v.31, n.1, p. 77-89, 2007.

CARVALHO, S. H. D. B. C. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm,** São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>. > Acesso em: 12 nov. 2015.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. Bervian; SILVA, R. **Metodologia científica.** São Paulo: Pearson, 2007.

CORRAO, S., Arcoraci, V., Arnone, S., Calvo, L., Scaglione, R., Bernardo, C. Di, Legalla, R., Caputi, A. P. & Licata, G. Evidence-based knowledge management: an approach to effectively promote good health-care decision-making in the information era. **Internal and Emergency Medicine,** v. 4, n.2 p.,99-106, 2009.

DUARTE, S.C.M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.68, n.1, p. 144-54, Jan./Feb. 2015.

FERNANDES, L. A. A. O enfermeiro atuando na prevenção das úlceras de pressão. **Revista eletrônica Cuatrimestral.** n.13, p.1-15. 2008. Disponível: <<file:///C:/Documents%20and%20Settings/Enfermeiros/Meus%20documentos/Downloads/14681-70211-1-PB.pdf>. > Acesso em: 01 de abril 2017.

FONSECA, A.S., Yamanaka N.M.A., Barison T.H.A.S, Luz S.F. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 29, n.2, p.161-8, 2005.

FRAGATA, J. **Segurança dos doentes: uma abordagem prática**. [Local desconhecido]: Lidel; 2011.

FRANÇOLIN, L, Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros, **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n.2, p.277-283, 2015.

FUSCO, S.V.B., Análise dos indicadores de qualidade de centros de material e esterilização de hospitais públicos acreditados. **Texto Contexto**, Florianópolis, v.23, n.2, Apr./June. 2014.

GAMA, Z. A. S. *et al.* Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.9, set, 2016.

GATTI, B. A. **Grupo focal em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008, p.42.

GOMES, A.T.L., A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, vol.70, n.1 jan./fev. 2017.

GOUVEA, C.S.D. Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26, p.1061-78, 2010.

GOUVÊA, C. S.D. **Indicadores de segurança do paciente**. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (EAD/ENSP), p. 101-113, 2011.

GRABOIS, V. **Qualificação de Gestores do SUS**. p. 155, 2009.

JOINT COMISSION, Joint Commission International **Accreditation Standards for Hospitals**. Disponível: <https://www.jcrinc.com/assets/1/14/JCIH14_Sample_Pages.pdf>. 2014.>Acesso em: 31 maio 2017.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALSSON, M.S. **To er is human: building a safer health system**. 2. Ed., Washington: National Academy Press, 2003, p..312.

LIMA, A.P.S. Avaliação da assistência de enfermagem utilizando indicadores gerados por um software. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 23, n.2, p.234-41, mar.-abr, 2015.

LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p.1079-1087, jul-ago, 2004.

LOPES, L. M. M., SANTOS, S.M.P. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem moderna. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n.2, p.181-189, 2010.

MELLEIRO, M. M., Indicadores de prevalência de úlcera por pressão e incidência de queda de paciente em hospitais de ensino do município de São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n.2, p.55-59, 2015.

MENDES W. *et al*, The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int. J Qual Health Care**, Dublin, v. 21, n.4, p. 279-84, 2009.

MORAIS, E.A.; ORDINOLA, S.S.; VEIGA, V.C., Indicadores de saúde no cuidado ao paciente crítico neurológico. **Rev Rene, Fortaleza**, v. 15, n.2, p.189-95, 2014.

MORISON, M. J. **Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão**. University of Abertay, Dundee, UK: Harcourt Publishers Limited. 2004.

NUNES, I.A. **Indicadores de Enfermagem. 2011**. Disponível em: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/entrevistas_read.asp?id=73>. Acesso em: 13 de setembro de 2016.

OLIVEIRA, R.M. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p.122-9, 2014.

OLIVEIRA, C.A.S. Análise de indicadores assistenciais em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na cidade de Fortaleza/CE. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 99-105, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Avaliação dos Programas de Saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional de saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1981.

PALADINI, E. P. **Avaliação estratégica da qualidade**. 3 edição, São Paulo: Atlas. 2011.

PORTER R. **The Cambridge history of medicine**. New York: Cambridge university; Rede Interagência de Informações para a Saúde, 2006.

PRADO, H. R. F., **A importância dos indicadores gerenciais**. 2013. Disponível em: <<http://www.e7consultoria.com/Brand/artigos/a-importancia-dos-indicadores-gerenciais>> .Acesso em: 13 de setembro 2016.

PRAHINSKY, C, & Benton, W. C. Supplier evaluations: communication strategies to improve supplier performance. **Journal of Operations Management**, v. 22, n.1, p. 39-62, 2004.

PROQUALIS. **Indicadores de segurança**, Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <<http://proqualis.net/indicadoresde-seguran%C3%A7a>> Acesso em: 22 de maio de 2017.

PRONOVOST, P.J., Thompson D.A., Holzmueller C.G., Lubomski LH, Dorman T, Dickman F, et al. Toward learning from patient safety reporting systems. **J Crit Care.**, v.21, n.4, p.305-15, 2006.

QUADROS, D.V., Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 69, n.4, p. 684-90, jul-ago. 2016.

REASON J. Human error: models and management., **Brit Med J**; n.320, p.:768-770, 2000.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). **Quem somos.** Disponível em: <<http://www.rebraensp.com.br/quemsomos>> Acesso em: 04 de fevereiro 2016.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e aplicações.** Brasília. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>> Acesso em 02 de fevereiro de 2016.

ROCHA E.S.B, Trevizan M.A., Quality management at a hospital's nursing service. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.17, n.2, p. 240-5, 2009.

ROSSANEIS, M.A. Indicadores de Qualidade da Assistência: Opinião de Enfermeiros Gerentes de Hospitais de Ensino. **Cogitare Enferm.** v. 20, n.4, p. 798-804, Out/dez, 2015.

ROGENSKI, N. M. B. Avaliação da implementação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão [tese doutorado]. São Paulo: **Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;** 2011.

RUNCIMAN W. Towards an international classification for patient safety: In: MENDES W. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1 Ed, 2014. p.25-38.

SCHLUER, A.B. SCHOLS, J.M., HALFENS, R.J. Risk and associated factors of pressure ulcers in hospitalized children over 1 year of age. **J Spec Pediatr Nurs.** v.19, n.1, p.80-9, 2014.

SIMÕES E SILVA C, *et al.* Opinião de Enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v.30, n.2, p.263-271, jun 2009.

SILVA, L.D.; Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem na terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem,** Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.111-6, 2003.

SILVA, M.S.M.L. Fatores de risco para úlcera de pressão em pacientes acamados. **Rev. bras. Enferm,** Brasília, v.51, n.4, p. 6 1 5-628 Brasília Oct./Dec. 1998.

SHEKELLE P. G., Pronovost P, Wachter R.M., Mc Donald K.M., Schoelles K., DySmet *al.* The top patient safety strategies that can been couraged for adoption now. **Ann Intern med.** v.158, n.5, p.365-68 , 2013.

SESA Secretaria do Estado do Paraná. **Qualidade e Segurança do Paciente nos Hospitais do Paraná.** Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIHQSUP2906.ppt> Acesso em: 10 de maio de 2016.

SIEGEL, S.; CASTELLAN JR, N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 448, 2006.

SILVA, K. S. B, *et al.* Conhecimento e uso do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS) pelos gestores municipais. **Cadernos de Saúde Pública**, Pernambuco, v. 26, n.2, p. 373-382, 2010.

SILVA JUNIOR, S.D.; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e *Phrase Completion*. PMKT – **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, Brasil, n. 15, p. 1-16, out. 2014.

SILVEIRA, T.V.L. Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre v.36 n.2, Apr./June, 2015.

SOUZA, E.R.S. Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.15, n.6, Sept, 2010.

TRINDADE *et al.* Modos de falhas de artigos médico-hospitalares: análise das queixas técnicas envolvendo equipos de infusão notificadas à ANVISA em 2007 e 2008. **BIT Bol. Inf. Tecnovigilancia**. Número Especial. Dez; 2010.

UNIMED, 2015. **Gerenciamento Protocolo de Riscos**. Disponível em: <[file:///C:/Documents%20and%20Settings/Enfermeiros/Meus%20documentos/Downloads/09%20Dra%20Alexandra%2017%2020%20\(5\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Enfermeiros/Meus%20documentos/Downloads/09%20Dra%20Alexandra%2017%2020%20(5).pdf)> Acesso em: 26 de junho de 2017.

VIEIRA. D.K. **Indicadores de qualidade em unidade hospitalar**. 2005. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos06/680_Indicadores%20de%20qualidade%20em%20uma%20Unidade%20Hospitalar.pdf> Acesso em 12 dezembro 2015.

VINCENT, C, BURNETT, S., CARTHEY, J. The measurement and monitoring of safety: drawing together academic evidence and practical experience to produce a framework for safety measurement and monitoring. **Health Foundation**, London, 2013.

VITURI. D.W., Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n.5, Sept./Oct., 2015.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a Segurança do Paciente. 2ª Ed. Porto. Alegre:** AMGH, 2013, p.139.

WEIGELT, L.D. Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª coordenadoria regional de saúde – RS. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 36, P.191-205, jun, 2012.

WHO, **Collaborating Centre for Patient Safety Solutions.** 2013.
Disponível em:< <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>> Acesso em:19 de abril 2016.

ZAHO, G, Hochwalt PC, Usui ML, Underwood RA, Singh PK, James GA, *et al.* Delayed wound healing in diabetic (db/db) mice with *Pseudomonas aeruginosa* biofilm challenge: a model for the study of chronic wounds. **Wound Repair Regen.**, v.18, n.5, p. 467-77, 2010.

ZEGERS M, Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, *et al.* Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. **Qual Saf HealthCare.** n.18, p. 297-302, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO DE INDICADORES DE SEGURANÇA DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO PROFISSIONAL

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Ano de Graduação: _____ Qualificação: Especialização() Mestrado() Doutorado() Conclusão: _____ Especialização em: _____ Quanto tempo trabalha no hospital: _____ Em qual setor trabalha? _____ Quanto tempo neste setor? _____ Você já trabalhou na UTI? _____ Durante quanto tempo trabalhou na UTI? _____
--

Segundo sua prática profissional na UTI, qual a relevância de se mensurar os indicadores de Enfermagem abaixo?					
Legenda: 5 = Concordo totalmente; 4 = concordo; 3 = indiferente; 2 = discordo; 1 = discordo totalmente					
O número de pacientes submetidos a avaliação de risco para úlcera por pressão na admissão (ex: BRADEN)	5	4	3	2	1
O número de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão	5	4	3	2	1
O número de pacientes recebendo avaliação diária para risco de úlcera por pressão (ex: BRADEN)	5	4	3	2	1
O número de úlceras por pressão	5	4	3	2	1
O número de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na “ admissão ”	5	4	3	2	1
O número de quedas “ com ” dano	5	4	3	2	1
O número de quedas “ sem ” dano	5	4	3	2	1
O número de quedas	5	4	3	2	1
O número de eventos adversos devido a falhas na	5	4	3	2	1

identificação do paciente					
O número de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na UTI	5	4	3	2	1
O número de Pacientes com Cateter Venoso Central ao dia	5	4	3	2	1
O número de CV-dias: Somatório do número de pacientes em uso de cateter vesical de demora, na UTI, no período acompanhado	5	4	3	2	1
A origem dos pacientes sem pulseira de identificação. (Exemplo: centro cirúrgico, PS, etc.)	5	4	3	2	1
O número de pacientes que utilizaram SNE / SNG /SOG	5	4	3	2	1
O número de pacientes que utilizaram acessos periféricos	5	4	3	2	1
O número de pacientes que utilizaram drenos	5	4	3	2	1
O número de pacientes que utilizaram PAM	5	4	3	2	1
O número de pacientes que utilizaram SVD	5	4	3	2	1
O valor do Braden, que os pacientes com úlcera apresentaram durante o internamento	5	4	3	2	1
O valor do Braden que o paciente apresentava no “aparecimento” da úlcera.	5	4	3	2	1
A categoria (I, II, III etc.) das úlceras por pressão abertas na UTI	5	4	3	2	1
O tempo em dias que levou para abrir úlcera na UTI	5	4	3	2	1
O local anatômico das úlceras abertas na UTI (exemplo: sacra, occipital, etc.)	5	4	3	2	1
A origem das úlceras “ externas ” (exemplo posto 1, PS, etc.). Ou seja, dos pacientes que internaram na UTI e já chegaram com úlcera.	5	4	3	2	1
A categoria (I, II, III etc.) das úlceras “ externas ”.	5	4	3	2	1
O local anatômico das úlceras “ externas ” (exemplo: sacra, occipital, etc.)	5	4	3	2	1
O tempo de permanência de SVD	5	4	3	2	1
O tempo de permanência de PIC	5	4	3	2	1
O tempo de permanência de PAM	5	4	3	2	1
O tempo de permanência de SNG	5	4	3	2	1

A relação dos pacientes que abriram úlceras na UTI com a utilização de dispositivos como colar, fixador, tração etc.	5	4	3	2	1
O número de pacientes que usaram de tração ou fixador externo	5	4	3	2	1
O número de pacientes que usaram bolsa de Bogotá	5	4	3	2	1
O número de pacientes que usaram colar cervical	5	4	3	2	1
O número de pacientes que usaram cateter de monitorização de PIC	5	4	3	2	1
O número de pacientes que apresentaram Risco de Flebite	5	4	3	2	1
O número de pacientes que apresentaram Risco de Perda de Sonda	5	4	3	2	1
O número de pacientes que apresentaram Risco de restrição	5	4	3	2	1
O valor do NAS mensal da UTI	5	4	3	2	1
O número de pacientes contidos	5	4	3	2	1
O número de pacientes que apresentaram flebite	5	4	3	2	1
O número de pacientes que perderam SNG	5	4	3	2	1
A origem das punções de cateter venoso central (exemplo: centro cirúrgico, UTI, etc.)	5	4	3	2	1
O local de punção de cateter venoso central (exemplo: subclávia D, femoral E, etc.)	5	4	3	2	1
O tipo do Cateter (exemplo: PAM, CVC, bulbo jugular, PICC etc.)	5	4	3	2	1
O número de tentativas de punções cateteres na UTI	5	4	3	2	1
O motivo de retirada dos cateteres (exemplo alta, infecção, óbito etc.)	5	4	3	2	1

APÊNDICE 2- TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós Elizabeth Bernardino, Fernanda Catafesta, Josiane Bughay, Karla Krozeta, Solange Meira Sousa pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o Senhor (a), Profissional de Saúde atuante nesta UTI, Geral do Hospital do Trabalhador no município de Curitiba-PR a participar de um estudo intitulado “Indicadores de Segurança de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva”. A segurança do paciente é um tema contemporâneo e relevante, sendo essenciais pesquisas científicas para o avanço da qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido, sua participação é fundamental para a pesquisa.

a) O objetivo desta pesquisa é definir os indicadores de segurança para o gerenciamento do cuidado da UTI, por meio de um diagnóstico situacional, em três etapas. A primeira etapa será a análise dos dados do acervo documental da instituição; A segunda etapa, será com os enfermeiros da UTI, e ocorrerá por meio da aplicação de questionário, com escala de Likert, que é um tipo de escala de resposta psicométrica, ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação. E a terceira etapa será com a realização de grupo focal também com os enfermeiros da UTI.

b) Caso você aceite participar da pesquisa, será convidado a responder um questionário com escala de Likert, com tempo estimado de 30 minutos, dentro do seu horário de trabalho e posteriormente participar de um grupo focal com os demais enfermeiros da UTI, com um tempo estimado de uma hora, com data e horário ainda a ser definido em comum acordo entre a equipe de enfermeiros da unidade.

d) É possível que você sinta algum desconforto ou constrangimento, uma vez que serão discutidas várias ideias durante as oficinas e expostos variados pontos de vista. Caso as pesquisadoras percebam, ou seja verbalizado pelo participante algum conflito ou sentimento de desconforto, essas atuarão prontamente em prol de sua resolução.

e) A participação na pesquisa é voluntária, ou seja, você não receberá nenhum tipo de bonificação em dinheiro, assim como não terá que arcar com nenhum custo, sendo estes previstos pelas pesquisadoras.

f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são reconhecer a realidade situacional referente a indicadores de segurança da UTI de um hospital público especializado em trauma, e propor um plano de ação da equipe multiprofissional para o monitoramento de indicadores de segurança, frente a realidade situacional; aprovar, junto a equipe da unidade a proposta construída coletivamente de planejamento das ações. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

g) Os pesquisadores Elizabeth Bernardino e Josiane Bughay responsáveis por este estudo poderão ser localizados no Hospital do Trabalhador, Avenida República Argentina, 4406 - Água Verde, Curitiba - PR, 81305-000, das 08 às 16 horas de

segunda a sexta, telefone 3212- 5902 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, pesquisador principal e assistente/colaborador. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. Os dados coletados são para fim de pesquisa e possíveis publicações científicas.**

j) O material obtido será utilizado unicamente para construção desta pesquisa e será guardado pelas pesquisadoras por um período de 5 anos e após este, será queimado.

l) Quando os resultados forem publicados, se for necessário utilizar algum dado, seu nome não será publicado. Caso seja necessário será utilizado um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

Assinatura do Pesquisador

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240 Tel. (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br
--

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Indicadores de Segurança de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva

Pesquisador: Elizabeth Bernardino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58005316.3.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.766.129

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa proveniente do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, sob responsabilidade da professora Elizabeth Bernardino, com a colaboração da Mestranda Josiane Bughay, de Karla Crozetta Figueiredo, Solange Meira e Fernanda Catafesta. Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem quanti-qualitativa, que avaliará os indicadores de segurança em enfermagem na UTI do Hospital do Trabalhador de Curitiba. A pesquisa será realizada com os dados coletados nos relatórios mensais sobre os indicadores de segurança da UTI e naqueles obtidos do contato com os enfermeiros que atuam na referida UTI: 12 enfermeiros assistenciais, 1 enfermeiro coordenador da UTI e um enfermeiro diretor de enfermagem da instituição. Para estes profissionais será aplicado em questionário com perguntas fechadas e respostas em escala Likert (1 – discordo totalmente a 5 – concordo totalmente) e numa segunda etapa será proposto um grupo focal, que pretende elencar e validar os indicadores de segurança relevantes da instituição, para montagem de um manual, levantando duas questões:

- 1) Vocês acham que esta hierarquização corresponde à realidade?
- 2) Vocês concordam com o formato deste manual?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: -Elaborar manual de indicadores de segurança de enfermagem para o gerenciamento do cuidado de enfermagem em uma UTI de trauma.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.766.129

Objetivos Específicos:

- Analisar os indicadores existentes da UTI.
- Definir indicadores obrigatórios e próprios da instituição.
- Hierarquizar os indicadores mais relevantes.
- Definir os componentes do Manual.
- Rever os processos de cada indicador de segurança de enfermagem selecionado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras: "É possível que o participante sinta algum desconforto ou constrangimento, uma vez que serão discutidas várias ideias durante o grupo focal, expostos variados pontos de vista. Caso as pesquisadoras percebam ou seja verbalizado pelo participante algum conflito ou sentimento de desconforto, essas atuarão prontamente em prol de sua resolução. Quanto aos benefícios, espera-se reconhecer a realidade situacional referente a indicadores de segurança da UTI de um hospital público especializado em trauma, e propor um plano de ação da equipe multiprofissional para o monitoramento de indicadores de segurança, frente a realidade situacional, que será a elaboração de um manual de indicadores de segurança em UTI."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com relevância atestada pela professora Aida Maris Peres.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e são adequados.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa com Instituição co-participante (Hospital do Trabalhador) aprovada para execução.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.766.129

reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_747960.pdf	11/09/2016 09:08:04		Aceito
Outros	pendencias.docx	06/09/2016 22:43:28	Elizabeth Bernardino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	trabalhocorrigido.docx	06/09/2016 22:42:59	Elizabeth Bernardino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecorrigido.docx	06/09/2016 22:41:01	Elizabeth Bernardino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecorrigido.pdf	06/09/2016 22:40:16	Elizabeth Bernardino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	14/07/2016 00:29:06	Elizabeth Bernardino	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/07/2016 00:25:58	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	apendices.pdf	14/07/2016 00:22:41	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	checklistdocumental.pdf	14/07/2016 00:21:52	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	checklistdoprojeto.pdf	14/07/2016 00:21:11	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	Termoutilizacaodados.pdf	14/07/2016 00:12:10	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	Termoiniciopesquisa.pdf	14/07/2016 00:11:06	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	declaracaousodados.pdf	14/07/2016 00:07:19	Elizabeth Bernardino	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.766.129

Outros	declardetornarpublicoresultados.pdf	14/07/2016 00:05:36	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.pdf	14/07/2016 00:02:20	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	concordainstitcooparticipante.pdf	14/07/2016 00:00:32	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	concorservicenvolvido.pdf	13/07/2016 23:59:41	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	declardeconcordanciaorientador.pdf	13/07/2016 23:58:39	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	Analiseremito.pdf	13/07/2016 23:57:47	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	atadeaprovação.pdf	13/07/2016 23:56:55	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	oficioencaminhandoota.pdf	13/07/2016 23:54:29	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	oficiodopesquisador.pdf	13/07/2016 23:52:38	Elizabeth Bernardino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 07 de Outubro de 2016

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2- AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL



Curitiba, 03/Mar/2018

Declaramos que nós do Hospital do Trabalhador, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa título: Indicadores de Segurança de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sob a responsabilidade de Elisabeth Bernardino e Josiane Bughay pesquisadores, nas nossas dependências restritas a UTI Geral, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em 31 de julho de 2019.

Estamos cientes que serão utilizados os relatórios de indicadores de segurança da UTI Geral, com dados coletados de 2011 a 2019 bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Sendo o que se nos apresenta para o momento, enviamos nossas cordiais saudações.

Atenciosamente,

Iwan Augusto Colaço
Diretor Acadêmico

HOSPITAL DO TRABALHADOR

Av. República Argentina, 4406 – Curitiba/PR – Fone/Fax: (41) 3212-5700
CEP: 81.050-000 E-mail: hospitrat@sesa.pr.gov.br
www.hospitaldotrabalhador.saude.pr.gov.br



Curitiba, 04 de Março de 2016.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SD da UFPR

Pela presente declaramos que a **Enf.ª Josiane Bughay**, poderá divulgar o nome do Hospital do Trabalhador, desde que o Projeto de Pesquisa venha ser aprovado pela Comissão de Ética da UFPR ou do Hospital do Trabalhador.

Cordialmente,



Dr. Ivar Augusto Collaço
Diretor Acadêmico

ANEXO 3- LISTA DE INDICADORES DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO MS

PROTOCOLO MS	INDICADOR OBRIGATÓRIO
Protocolo de Prevenção de úlcera por Pressão	O número de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para úlcera por pressão
	O número de pacientes recebendo avaliação “ diária ” para risco de úlcera por pressão
	O número de pacientes submetidos a avaliação de risco para úlcera por pressão na “ admissão ”
	O número de lesões por pressão
Protocolo de Identificação	O número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente
	O número de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na UTI
Protocolo de Queda	Índice de quedas
	O número de quedas “ com ” dano
	O número de quedas “ sem ” dano
Protocolo de Higiene das mãos	Consumo de preparação alcoólica para as mãos
	Consumo de sabonete
	Percentual (%) de adesão: (recomendável)
Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	Taxa de erros na prescrição de medicamentos.
	Taxa de erros na dispensação de medicamentos
	Taxa de erros na administração de medicamentos.
Protocolo de Cirurgia Segura	Percentual de pacientes que recebeu antibiótico profilaxia no momento adequado
	Número de cirurgias em local errado;
	Número de cirurgias em paciente errado;
	Número de procedimentos errados
	Taxa de mortalidade cirúrgica intrahospitalar ajustada ao risco
	Taxa de adesão à Lista de Verificação