

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVANGÉLICA
CURSO DE ENFERMAGEM

**PROCOLOS DE SEGURANCA DO PACIENTE: UMA ANÁLISE DOS
INSTRUMENTOS NA AUTOAVALIACAO DAS PRATICAS DE SEGURANÇA**

TATIELLE FERREIRA SILVA

Anápolis - GO

2018

TATIELLE FERREIRA SILVA

**PROTÓCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA ANÁLISE DOS
INSTRUMENTOS NA AUTOAVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SEGURANÇA**

Trabalho de Conclusão do Curso de graduação,
apresentado ao Curso de Enfermagem da Uni
EVANGÉLICA, para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Lismary Barbosa de Oliveira
e Silva

Co orientadora: Profa. Esp. Maria Sônia Pereira.

Anápolis - GO

2018

TATIELLE FERREIRA SILVA

**PROCOLOS DE SEGURANCA DO PACIENTE: UMA ANÁLISE DOS
INSTRUMENTOS NA AUTOAVALIACAO DAS PRATICAS DE SEGURANÇA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado e defendido em 21 de dezembro de 2018 para a
banca examinadora composta por:

Prof^ª. Esp. Lismary Barbosa de Oliveira e Silva
Orientadora

Prof^ª. Esp. Maria Sônia Pereira
Coorientadora

Prof^ª Esp. Angélica Lima Brandão Simões
Avaliadora

Anápolis - GO
2018

RESUMO

A busca pela qualidade da assistência livre de danos, considerando o contexto atual da assistência a saúde no Brasil e no mundo, fez-se necessário a implementação de protocolos de segurança que são as estratégias que vão garantir a qualidade e a segurança na assistência, além da verificação e avaliação contínuas das efetividade desses protocolos através dos núcleos de segurança das instituições bem como dos órgãos de fiscalização sanitária estaduais e federal. A Segurança do Paciente envolve ações promovidas pelas instituições de saúde e ensino para reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. A Portaria 529/2013 e a RDC 36/2013 orientam a instituição do Plano de Segurança do Paciente e na formação dos Núcleos de Segurança que vão garantir implementação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Este estudo é retrospectivo, descritivo com abordagem quali-quantitativa, cujo objetivo proposto foi identificar e analisar a presença e qualidade dos registros encontrados nos instrumentos contidos nos prontuários dos pacientes que evidenciaram a avaliação dos riscos para a assistência e o cuidado, além da adesão aos protocolos de Segurança do Paciente num hospital privado de médio porte do interior goiano. Foram analisados 17 prontuários selecionados em uma amostra aleatória sistematizada proposta pela ANVISA, que utilizou metodologia da *Lot Quality Assessment Sample - LQAS* (Amostragem de Garantia de Qualidade por Lote), para o preenchimento do Formulário de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente. Os resultados mostraram que a Lista de verificação de Segurança cirúrgica foi encontrada em 17 (100%) dos prontuários auditados, em 14 (82,34%) evidenciou-se a avaliação do risco de queda por meio da Escala de Morse e em 16 (94,11%) havia a avaliação do risco de lesão por pressão utilizando a escala preditiva de Braden, que mostram a adesão aos protocolos de segurança, como estratégia para prevenir eventos adversos.

Palavras-chave: segurança do paciente, enfermagem, protocolos de segurança.

ABSTRACT

The search for the quality of care free of damages, considering the current context of health care in Brazil and in the world, made it necessary to implement safety protocols that are the strategies that will guarantee quality and safety in the care, besides of the continuous verification and evaluation of the effectiveness of these protocols through the security nuclei of the institutions as well as the state and federal sanitary inspection organs. Patient Safety involves actions taken by health and education institutions to reduce the risk of unnecessary harm associated with health care to an acceptable minimum. Ordinance 529/2013 and RDC 36/2013 guide the institution of the Patient Safety Plan and the formation of the Safety Nuclei that will guarantee implementation of the International Patient Safety Goals established by the World Health Organization (WHO). This retrospective, descriptive study with a qualitative-quantitative approach, whose objective was to identify and analyze the presence and quality of the records found in the instruments contained in the patients' records that showed the evaluation of the risks for care and care, besides adherence to the Patient Safety protocols in a medium-sized private hospital in the interior of Goiás. We analyzed 17 charts selected in a systematic randomized sample proposed by ANVISA, which used the methodology of the Lot Quality Assessment Sample (LQAS) to fill out the Patient Safety Practices Self - Assessment Form. The results showed that the Surgical Safety Checklist was found in 17 (100%) of the audited charts; in 14 (82.34%) the risk assessment for the Morse scale was shown in 16 (94.11%) had the evaluation of the risk of pressure injury using the Braden predictive scale, which shows adherence to the safety protocols, as a strategy to prevent adverse events.

Key words: patient safety, nursing, safety protocols.

Dedico esse trabalho a meu Deus misericordioso; aos meus pais, familiares e amigos, que sempre estiveram ao meu lado para concretização dessa etapa.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Tabela 1 Prontuários selecionados para amostra | 24 |
| Tabela 2 Perfil Epidemiológico | 26 |
| Tabela 3 Adesão ao Protocolo de Segurança do paciente | 28 |
| Tabela 4 Análise do instrumento do Protocolo de prevenção de quedas | 29 |
| Tabela 5 Adesão ao Protocolo de Prevenção de lesão por pressão – LPP | 30 |
| Gráfico 1 Lista de verificação de segurança cirúrgica | 33 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CIPNSP | Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| EA | Eventos Adversos |
| GGTES | Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde |
| GVIMS | Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde |
| HEG | Hospital Evangélico Goiano |
| ICPS | Classificação Internacional de Segurança do Paciente |
| IOM | <i>Institute of Medicine</i> |
| ISC | Infecção de sítio cirúrgico |
| IRAS | Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde |
| LP | Lesão de pele |
| LPP | Lesão por pressão |
| LQAS | <i>Lot Quality Assessment Sample</i> (Amostragem de Garantia de Qualidade por Lote) |
| LVSC | Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica |
| MS | Ministério da Saúde |
| NPUP | <i>National Pressure Ulcer Advisory Panel</i> |
| NSP | Núcleo de Segurança do Paciente |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONA | Organização Nacional de Acreditação |
| Opas/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| PNSP | Programa Nacional de Segurança do Paciente |
| PSP | Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| SAE | Sistematização da Assistência a Enfermagem |
| SAME | Serviço de arquivo médico e estatística |
| SAS/MS | Secretaria Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde |
| SNVS | Sistema Nacional de Vigilância Sanitária |
| TAMUD | Termo de autorização para o manuseio dos dados |
| TEV | Tromboembolismo venoso |
| TI | Tecnologia de informação |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 09 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL..... | 13 |
| 2.1 | <i>A busca por uma assistência livre de danos.....</i> | 13 |
| 2.2 | <i>Segurança Cirúrgica.....</i> | 15 |
| 2.3 | <i>Prevenção de Quedas.....</i> | 16 |
| 2.4 | <i>Lesão por pressão.....</i> | 18 |
| 3 | PERCURSO METODOLOGICO..... | 20 |
| 4 | ANALISE E DISCUSSAO DOS DADOS..... | 26 |
| 5 | CONCLUSÃO..... | 35 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 36 |
| | ANEXOS..... | 39 |

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os cuidados prestados nos serviços de saúde estão se tornando cada vez mais complexos, aumentando os riscos para a ocorrência de erros e falhas, que prejudicam a segurança do paciente nos serviços de saúde durante a prestação dos cuidados. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada 10 pacientes submetidos ao cuidado em saúde, pelo menos um sofrerá evento adverso (EA) relacionado à assistência (OMS, 2007).

Em 2003 a OMS, analisou e interpretou a ocorrência de incidentes assistenciais graves como um problema de saúde pública, lançou então uma campanha mundial pela segurança do paciente. O termo “segurança do paciente”, foi definido como “a prevenção de erros e efeitos adversos nos pacientes em decorrência do atendimento de saúde”. O Brasil, como país-membro da OMS, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, cujo objetivo é o de promover o monitoramento e a prevenção de danos na assistência à saúde. Foram definidos seis protocolos básicos de segurança do paciente (ANVISA, 2013).

Os protocolos Básicos de Segurança do Paciente têm por características serem protocolos sistêmicos e gerenciados, que promovem a melhoria da comunicação, que se tornam instrumentos para construir uma prática assistencial segura, que permitam oportunizar a vivência do trabalho em equipes e se tornem ferramentas para o gerenciamento de riscos. São seis os protocolos básicos para a segurança do paciente: Cirurgia segura; Prática da higiene das mãos em serviços de saúde; Prevenção de úlceras por pressão; Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados; Identificação do paciente; Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (ANVISA, 2013).

A instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) a partir da Portaria N°529, de 1° de abril de 2013 constitui um marco importante a atenção a saúde, com o objetivo de contribuir com a prevenção e redução de eventos adversos relacionados a assistência nas instituições de saúde. Com isso, definiu-se segurança do paciente como toda e qualquer ação com o objetivo de minimizar a níveis aceitáveis os riscos de dano desnecessários associados ao processo de cuidado a saúde (ANVISA, 2013).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) determina a implantação de núcleos de segurança do paciente nos serviços de saúde públicos e privados, e torna compulsória a notificação dos eventos adversos (incidentes que resultaram em dano aos pacientes). Cabe destacar, no entanto, que nenhum programa de segurança do paciente sustenta-se apenas com algumas medidas específicas. É preciso muito empenho e convencimento dos

dirigentes das organizações de saúde para criarem e aplicarem uma política global de segurança do paciente articulada com o planejamento estratégico institucional (ANVISA, 2013).

A responsabilidade para implantar as práticas de segurança do paciente, são dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que institui ações de segurança do paciente em serviços de saúde, considerando o Programa Nacional de Segurança do Paciente (ANVISA, 2013).

A segurança no atendimento de saúde é, na atualidade, mais que uma necessidade da legislação. Trata-se de um conceito que identifica os diversos tipos de fragilidades nas organizações de saúde, e tenta instituir várias estratégias, como por exemplo os protocolos, na tentativa de tornar a assistência à saúde mais segura para todos profissionais e pacientes. É, uma atividade que deve ser desenvolvida por equipe multidisciplinar. Deve haver uma interação entre múltiplos serviços e profissionais de diferentes formações e visões para identificar as inúmeras “armadilhas” facilitadoras de incidentes assistenciais indesejáveis. Conseqüentemente, as organizações de saúde cada vez mais necessitarão de profissionais qualificados que simplifiquem e melhorem processos, identifiquem gargalos e implementem medidas ou barreiras que identifiquem ou evitem eventos adversos. Deve-se ressaltar que a redução de riscos e danos na assistência deve ser incorporada na prática profissional, instituindo a cultura da segurança, para assim melhorar a atenção à saúde (ANVISA, 2013).

A partir de 2016, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), inicia um processo de avaliação e monitoramento das Práticas de Segurança do paciente nos hospitais através do preenchimento de um Formulário de Auto avaliação das Práticas de Segurança do Paciente. Esta ação está prevista no 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. Esse instrumento permite que o serviço de saúde proceda à Auto avaliação das Práticas de Segurança do Paciente na sua instituição, que deve ser realizada anualmente, e envolveu 19 indicadores de estrutura e processo, baseados na RDC nº. 36/2013 que institui ações de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (ANVISA, 2017).

Posteriormente, o SNVS analisará a conformidade dos indicadores de estrutura e processo (práticas de segurança do paciente) enviados pelos hospitais participantes. De acordo com a conformidade às práticas de segurança do paciente, os serviços de saúde serão classificados em três grupos: CONFORMIDADE ALTA (67% - 100% de conformidade aos indicadores de estrutura e processo); CONFORMIDADE MÉDIA (34% - 66% de

conformidade aos indicadores de estrutura e processo); CONFORMIDADE BAIXA (0% -33% de conformidade aos indicadores de estrutura e processo) (ANVISA, 2017).

Com isso, o Ministério da Saúde (MS) busca sensibilizar os serviços de saúde para a melhoria contínua dos processos de gestão de riscos através do preenchimento do Formulário de Auto avaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. O Formulário é eletrônico, sendo composto por 19 questões que avaliam indicadores de estrutura (questões 1 a 14) e de processo (15 a 18), referente ao primeiro semestre de 2017 e a questão 19 refere-se à notificação dos indicadores das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no ano de 2016 (ANVISA, 2017).

Portanto, com a finalidade de identificar e minimizar os eventos adversos (EA) evitáveis, disseminando a cultura de segurança (RDC nº36,2013), em 2016, 782 hospitais brasileiros que possuíam Unidade de Terapia Intensiva (UTI) participaram da Auto avaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, disponibilizados pela Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde – GVIMS, Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; esta iniciativa surgiu da necessidade de monitorar a implantação das determinações da RDC nº 36/2013 da Anvisa e contribuir com os serviços de saúde, disponibilizando uma ferramenta de melhoria da qualidade que permite avaliar, no cotidiano do trabalho, a implantação das práticas de segurança, cooperando para a melhoria do cuidado prestado aos pacientes. O Formulário para Auto avaliação das Práticas de Segurança do Paciente envolveu a avaliação de 15 indicadores de processo e estrutura, baseados na RDC nº36/2013. Os resultados publicados pela ANVISA, mostrou que 73,4% (574) das instituições possuem protocolo de cirurgia segura implantadas nas unidades. Já a adesão aos protocolos de prevenção de úlcera por pressão e prevenção de queda são preocupantes, pois apenas 36,1% (312) e 34,3% (297) das instituições demonstraram adesão aos protocolos de risco para a assistência (ANVISA, 2017).

Sendo assim, o propósito desse estudo foi responder às seguintes indagações: Como está a conformidade no preenchimento dos instrumentos que identificam a adesão aos protocolos de risco para a segurança do paciente, como a prevenção das lesões decorrentes das quedas, as lesões por pressão e a cirurgia segura por meio da Lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC), referente as questões 15,16 e 17 do Formulário de Auto avaliação das Práticas de Segurança do Paciente disponibilizado via *On line* pela ANVISA e que deve ser respondido pelos serviços de saúde que tem Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico no ano de

2017, referente aos cuidados prestados no primeiro semestre no período de 01/01/2017 a 30/06/2017 (ANVISA, 2017).

Esse tema possui relevância pela necessidade urgente de se implementar melhorias, como a qualidade e a segurança para a assistência à saúde, através da capacitação das equipes, por meio da implementação dos protocolos de segurança do paciente, pelo uso de *Check list*, diminuindo assim os riscos e os incidentes que são as falhas ou erros que podem ocorrer durante a prestação de cuidados a saúde. Embora a legislação que determina a implementação dos Protocolos de Segurança do Paciente seja de 2013, (RDC 36,2013) ainda há muito o que se fazer, haja vista o noticiário nacional que traz diariamente casos de falhas e erros na assistência (ANVISA, 2013)

Esta pesquisa, teve como objetivo geral analisar a conformidade no preenchimento dos instrumentos e registros existentes nos prontuários dos pacientes que evidenciem a adesão aos protocolos de Segurança do Paciente num hospital do interior goiano e como objetivos específicos identificar o instrumento de avaliação do risco de lesão por pressão (LPP), nos prontuários auditados, por meio dos registros de enfermagem; identificar nos prontuários auditados, a abertura do Protocolo de Prevenção de Quedas e o instrumento de avaliação dos riscos para as quedas e analisar os registros de enfermagem na aplicação da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC), conforme o Protocolo de Cirurgia Segura.

A Segurança do Paciente tem relevância estratégica por sensibilizar todo o contexto do serviço de saúde para a melhoria contínua dos processos da gestão de riscos inerentes aos cuidados de saúde. Espera-se que o processo de gestão de riscos baseado na implantação de práticas de segurança induza o aumento gradual da conformidade dos serviços de saúde em relação às exigências de estrutura e processo da RDC 36/2013. A meta de 100% de adequação dos serviços de saúde em relação à implantação das práticas de segurança é um desafio para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e para todo o Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação destas barreiras baseadas em evidência científica possibilitará uma assistência à saúde mais segura e de melhor qualidade. Por fim, a Anvisa publica em seu Portal (www.anvisa.gov.br), anualmente, a lista dos serviços de saúde do país classificados como sendo de alta adesão às práticas de segurança (ANISA, 2017).

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 A busca por uma assistência livre de danos

Na antiguidade, o pai da Medicina, Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado *Primum non no cere*, que significa - primeiro não cause o dano. Desde então houve a preocupação de que o cuidado pudesse causar algum tipo de dano. Ao longo da história, vários personagens contribuíram com a melhoria da qualidade em saúde, entre eles podemos citar Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman, Avedis Donabedian, John E. Wennberg, Archibald Leman Cochrane, entre outros (ANVISA, 2014)

A partir da divulgação do relatório do *Institute of Medicine (IOM) To Err is Human*, o tema segurança do paciente ganhou relevância. Esse relatório foi baseado em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado. Nessas pesquisas, o termo evento adverso foi definido como dano causado pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, que prolongou o tempo de permanência do paciente ou resultou em uma incapacidade presente no momento da alta. O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais a cada ano vítimas de EAs (eventos adversos), nos Estados Unidos da América (EUA). Essa alta incidência resultou em uma taxa de mortalidade maior do que as atribuídas aos pacientes com HIV positivo, câncer de mama ou atropelamentos. O relatório do IOM apontou ainda que a ocorrência de EAs representava também um grave prejuízo financeiro (KOHN et al., 2000).

No Reino Unido e na Irlanda do Norte, o prolongamento do tempo de permanência no hospital devido aos EAs custou cerca de 2 bilhões de libras ao ano, e o gasto do Sistema Nacional de Saúde com questões litigiosas associadas a EAs foi de 400 milhões de libras ao ano. Nos EUA, os gastos anuais decorrentes de EAs foram estimados entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais. Estudos realizados em outros países como Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia, Dinamarca, França, Portugal, Turquia, Espanha, Suécia, Holanda e Brasil, que utilizaram o mesmo método do estudo de Harvard, confirmaram uma alta incidência de EAs. Em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e destes 50% são evitáveis (KOHN et al., 2000).

Segurança do paciente pode ser entendida como todas as estratégias e práticas aplicadas para a diminuição ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente. A Segurança do Paciente envolve ações promovidas pelas instituições de saúde e ensino para reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. No Brasil, as metas para a segurança do paciente são baseadas nas metas

internacionais da OMS. As ações que tratam sobre segurança do paciente estão sob a responsabilidade da Secretária Atenção à Saúde - SAS/MS e são coordenadas pelo Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura (ANVISA, 2013).

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente (ICPS) define os erros em saúde como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Erros são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são intencionais, embora raramente maliciosas, e podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Já os incidentes são classificados como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente/doente, podendo ser intencionais ou não intencionais. O *Near miss* tem como conceito um incidente que não atingiu o paciente/doente. Já o incidente sem danos e aquele evento que atingiu o paciente/doente, mas não causou dano que possa ser identificado como consequência desse incidente. Um incidente com dano ou evento adverso é o incidente que resultou em dano ao paciente/doente, podem ser descritos como as lesões de pele adquiridas durante a hospitalização, como as lesões por pressão, as cirurgias realizadas em pacientes errados e em locais errados ou ainda as quedas (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde desenvolve ações com vistas a promoção da segurança do paciente, por meio de medidas de educação e divulgação das boas práticas para profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes e com ações preventivas como a implementação das seis metas da OMS (ANVISA, 2013).

As Metas Internacionais de Segurança do Pacientes são:

Meta 1 - Identificar os pacientes corretamente;

Meta 2 - Melhorar a comunicação efetiva;

Meta 3 - Melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância;

Meta 4 - Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;

Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde;

Meta 6 - Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas.

Compete aos Núcleos de Segurança do Paciente, em conformidade com a Portaria 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, e a RDC 36/2013, que instituiu as Ações para Segurança do Paciente, adotar as Seis Metas da Organização Mundial da Saúde. Estas metas estão representadas por Protocolos de Segurança do Paciente elaborados e publicados pela ANVISA através das Portarias 1377/2013 e 2095/2013, que são:

1. Cirurgia Segura;
2. Identificação do Paciente;
3. Prática de Higiene das mãos;
4. Prevenção de Quedas;
5. Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos e,
6. Úlcera por Pressão;

Além destes protocolos, princípios de segurança também deverão ser implementados medidas de prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; a segurança nas terapias nutricionais, enteral e parenteral; a comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada e a promoção de um ambiente seguro (ANSIVA, 2013).

2.2 Segurança Cirúrgica

O Protocolo de Cirurgia Segura tem a finalidade de determinar as medidas a serem implantadas para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS (ANVISA, 2013).

Esse protocolo se justifica pelo volume anual de cirurgias de grande porte, que variam entre 187 e 281 milhões, a partir de dados de 56 países, o que representa, aproximadamente, uma cirurgia para cada 25 pessoas por ano (ANVISA, 2013). Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte. Com um volume amplo, cerca de um procedimento cirúrgico para cada 25 pessoas e causando implicações significativas para a saúde pública, as complicações dos cuidados cirúrgicos contribuindo consideravelmente na causa de morte e invalidez no mundo, por essa razão, o segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente

trouxe a área de segurança da assistência cirúrgica como problemática escolhida. Diante disso, foi desmembrado dez objetivos básicos e essenciais nos diversos casos cirúrgicos, apoiados pela OMS como orientações de cirurgia segura, podendo ser evidenciados na Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica utilizada durante o procedimento cirúrgico (OMS, 2009).

Eventos como cirurgias em locais errados, em órgãos vitais como pulmões e cérebro, além de pacientes que tiveram o rim, a glândula adrenal, a mama ou outro órgão sadio removido atraem atenção da mídia de forma recorrente e conseqüentemente abalando a confiança da população nos profissionais de saúde e nos sistemas que estão inseridos, sendo esses problemas conhecidos nos países desenvolvidos, contudo frágeis a evidencia de estudos nos países em desenvolvimento (ANVISA, 2013).

A utilização de indicadores pode contribuir com o monitoramento dos eventos adversos relativos a paciente que passaram por procedimento cirúrgico, dentre eles estão cirurgias em sítio errado, complicações anestésicas, corpo estranho deixado no corpo do paciente durante o procedimento, como também indicadores de quedas de pacientes e úlcera de decúbito dentre vários outros (GOUVÊA C. S. D, 2010).

Estudos mostram que a adesão da Lista de Verificação de Cirurgia Segura (LVCS) reduzem de 11% para 7% a ocorrência de complicações e de 1,5% para 0,8% a taxa de mortalidade associados a paciente cirúrgicos, evidenciando que tal medida contribui para a redução de complicações e chegando a salvar vidas (ANVISA, 2013).

2.3 Prevenção de Quedas

O Protocolo de Prevenção de Quedas tem a finalidade de reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. As recomendações deste protocolo aplicam-se aos hospitais e incluem todos os pacientes que recebem cuidado nestes estabelecimentos, abrangendo o período total de permanência do paciente (ANVISA, 2013).

De modo geral, a hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco (ANVISA, 2013).

Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Segundo os autores, as quedas

não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais frequentes nas unidades com concentração de pacientes idosos, na neurologia e na reabilitação (ANVISA, 2013).

Estudo em hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes Pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos deixados ao chão. A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos pais. Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito, além do impacto negativo e do dano a imagem da instituição (ANVISA, 2013).

Podem provocar traumas teciduais, fraturas ou até mesmo a morte, a queda de paciente/cliente durante o período de internação hospitalar acarreta danos físicos e emocionais, além do aumento do tempo de hospitalização, tratamentos e exames desnecessários se realizado assistência e cuidados planejados. São diversos os fatores de riscos que podem ser associados a queda, dentre eles procedimentos médicos que aumenta a vulnerabilidade do paciente, como a recuperação pós anestésicos (ANVISA, 2013). Para serem adotadas medidas preventivas e a identificação dos fatores envolvidos é necessário evidenciar a caracterização quanto ao tipo de queda, local de ocorrência, turno e presença de acompanhante (PAIVA, 2010).

A utilização de escalas de avaliação de risco de queda com a escala de Morse, auxilia na avaliação do grau de risco (ANVISA, 2013), contribuindo com a identificação dos fatores de risco do paciente pela equipe de enfermagem colaborando com efetivamente para a realização de medidas preventivas, seguindo protocolos assistenciais, além da educação continuada realizadas para paciente e acompanhantes e sistematização da assistência a enfermagem (SAE) (ANVISA, 2013).

Independente do cuidado prestado e de medidas preventivas, ações intrínsecas do paciente, como condições físicas, nutricionais, restrição de mobilidade e comorbidades interferem diretamente na ocorrência de úlceras por pressão. Constituindo um grande desafio para o cuidado de saúde e aumentando os cuidados prestados e os respectivos custos financeiros (ANVISA, 2013).

Avaliação do risco de queda; identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira; revisão periódica da medicação; atenção aos calçados utilizados pelos pacientes são medidas de intervenção que contribuem efetivamente na prevenção de quedas (ANVISA, 2013).

2.4 Lesão por pressão

A finalidade do Protocolo de Prevenção as lesões por pressão e promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão (UPP) e outras lesões da pele. Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito. A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de úlcera por pressão (UPP) como para quaisquer outras lesões da pele. Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a UPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis (ANVISA, 2013).

Segundo dados da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), EUA, a prevalência de UPP em hospitais é de 15% e a incidência é de 7%. No Reino Unido casos novos de UPP acometem entre 4% a 10% dos pacientes admitidos em hospital (ANVISA, 2013).

No Brasil, embora existam poucos trabalhos sobre incidência e prevalência de LPP, um estudo realizado em um hospital geral universitário evidenciou uma incidência de 39,81%. As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar.

Para os pacientes de cuidados de longa permanência, as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2% a 23,9%, já nos pacientes de cuidados agudos, as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%. Na atenção Domiciliar, encontrou-se taxas de prevalência que variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17% (ANVISA, 2013).

Em consequência da longa permanência em hospitais se torna comum o aparecimento de alterações no tecido epitelial. A partir de conhecimento e da execução de medidas de cuidados consideravelmente simples a manutenção da integridade da pele de paciente com restrição de leito deve ser enfatizada de forma efetiva e sistematizada. Taxas de incidência e prevalência são variadas de acordo com características dos pacientes e quanto tipo

de cuidado, buscando identificar os gargalhos que provocam tal variação, sendo que a adoção de medidas de prevenção pode ser utilizadas nas diversas situações (ANVISA, 2013).

3 PERCURSO METODOLOGICO

Estudo retrospectivo, descritivo com abordagem quali-quantitativa, realizado em prontuários dos pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos nas mais variadas especialidades e que permaneceram internados por pelo menos dois dias calendário ou três diárias, o que permite evidenciar a adesão aos protocolos de segurança do paciente e a avaliação dos riscos durante a assistência, principalmente no que se refere a prevenção de lesões decorrentes das quedas, as lesões de pele adquiridas, denominadas de LPP (Lesões Por Pressão) e a aplicação Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica (LVSC), através da implementação do Protocolo de Cirurgia Segura. A evidencia da adesão aos protocolos foi através da identificação dos formulários ou instrumentos preenchidos para avaliação e identificação dos riscos da assistência, atendendo aos critérios propostos pela legislação vigente, bem como a clareza e objetividade desses registros.

Quanto à forma de abordagem, o estudo retrospectivo pode ser definido como um estudo longitudinal no qual as informações de interesse estão contidas em registros anteriores, em arquivos de dados como, por exemplo, prontuários hospitalares. Na tipologia da pesquisa, quanto aos fins, pode ser classificada como pesquisa descritiva, como o próprio nome indica, seu principal objetivo é descrever alguma coisa, como características de uma população ou de um fenômeno, e quanto a natureza do método utilizado, esse estudo terá abordagem quantitativa e qualitativa (GIL, 2002).

A coleta de dados ocorreu através de auditoria retrospectiva como forma de identificar as fragilidades e não conformidades na aplicação desses instrumentos, bem como a não adesão dos protocolos básicos de segurança do paciente, além da relevância para a comunidade acadêmica dos cursos de Ciências da Saúde, os profissionais de saúde ligados diretamente a assistência poderão ser beneficiados, já que o tema Segurança do Paciente deve ser instituído nas academias.

A pesquisa qualitativa e uma pesquisa não-estruturada, que proporciona *insights* e compreensão do contexto do problema, cujo objetivo é alcançar uma compreensão qualitativa das razões e motivações. A pesquisa quantitativa por sua vez, e uma pesquisa estruturada, que procura quantificar dados e aplica alguma forma da análise estatística, sendo assim o seu objetivo principal e a quantificação dos dados e dos resultados da amostra para a população-alvo (MARCONI, LAKATOS, 2010).

Este estudo foi realizado num hospital privado conveniado no interior goiano. A instituição de saúde possui 178 leitos de internação clínicos e cirúrgicos, conta com centro cirúrgico com cinco salas de operação, onde realiza uma média 600 procedimentos cirúrgicos

nas mais variadas especialidades médicas, inclusive de alta complexidade para as cirurgias cardiovasculares, neurológicas e oncologia cirúrgica; dispõe ainda de uma unidade de terapia intensiva com dezessete leitos particulares e conveniados. A média de internações gira em torno de novecentos a mil pacientes mês. Os recursos humanos são compostos por 425 colaboradores distribuídos nas áreas assistenciais e administrativas. Quanto ao perfil epidemiológico, prevalece o cirúrgico, embora nas internações clínicas, haja uma predominância de pacientes idosos, acima de 65 anos com comorbidades associadas. A instituição de saúde alcançou Selo de Qualidade Nível 2, concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) por apresentarem garantias na segurança do paciente durante a assistência.

A auditoria retrospectiva foi realizada por meio de amostra aleatória sistematizada proposta pela ANVISA, contidas no manual de Auto avaliação das Práticas de Segurança do Paciente no ano de 2017. Foram analisados retrospectivamente 17 prontuários de pacientes que permaneceram internados por pelo menos dois dias e se submeteram a procedimentos cirúrgicos, excluindo-se as cirurgias ambulatoriais: quando não há necessidade de internação hospitalar e aquelas realizadas em caráter de urgência e emergência. Os prontuários foram selecionados através de amostragem proposta e em conformidade com as orientações contidas no Manual de Orientações para Preenchimento do Formulário de Auto Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente, ANVISA, 2017 e foram analisados nas dependências do escritório da Qualidade do serviço de saúde. A auditoria retrospectiva foi realizada apenas quando houve o aceite da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa com o CAEE 99761918.9.0000.5076. A coleta dos dados foi realizada considerando o TAMUD (Termo de autorização para o manuseio dos dados).

Os critérios de inclusão do estudo, foram os prontuários de pacientes submetidos a intervenção cirúrgica eletiva e/ou programada, que permaneceram internados na instituição por pelo menos dois dias - calendário (D1 e D2), considerando que o primeiro dia da internação foi classificado com D0 (zero), e realizaram procedimentos cirúrgicos no período de 01/01/2017 a 30/06/2017. Esses critérios foram definidos pela ANVISA, 2017 no Manual de Orientações para o Preenchimento do Formulário de Auto avaliação de Práticas de Segurança do Paciente.

Os critérios de exclusão foram os prontuários de pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência ou via ambulatorial, que não tiveram internação hospitalar e ou não permaneceram internados por um período igual ou superior a dois dias calendário, e ainda os prontuários de pacientes com internação clínica.

Esse estudo de pesquisa coletou dados de prontuários de pacientes, porém não envolveu contato direto com os pacientes. Os riscos para essa pesquisa podem ser listados como

aqueles que podem causar constrangimento e exposição das fragilidades e falhas identificadas na ausência e na qualidade dos registros das equipes de assistência e a possibilidade de identificação de algum dos pacientes integrantes do estudo, levando a danos de dimensão psíquica, moral, social ou espiritual do ser humano. Não serão utilizados nomes e nem abreviações que possam identificar os prontuários eleitos para a amostra. Serão utilizados apenas o número do registro ou prontuário, data de internação e data da alta hospitalar, mesmo assim todos os dados coletados e informações registradas estarão resguardadas sob sigilo e permaneceram guardados por cinco anos, após transcorrido esse prazo serão incinerados.

Os benefícios são imensuráveis, pois permitirão por meio desse estudo, a identificação das fragilidades ou falhas na avaliação do gerenciamento dos riscos para a assistência e a possibilidade da implementação de ciclos de melhoria para a instituição de saúde que irão garantir a qualidade e segurança da assistência e dos cuidados de saúde prestados, além de servir de estudo e embasamento teórico e científico para as comunidades acadêmicas. A instituição participante receberá os dados da auditoria realizada, por meio do escritório de Qualidade e Segurança do Paciente, esses dados poderão nortear as atividades de educação continuada, além de apresentar as fragilidades e ou não conformidades identificadas durante a auditoria.

Será mantida a fidedignidade de reprodução dos resultados na divulgação do estudo, exclusivamente, em revistas científicas e/ou eventos acadêmicos e científicos. Este trabalho atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares (BRASIL, 2012), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. A coleta de dados foi realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Uni EVANGÉLICA via Plataforma Brasil.

A coleta de dados iniciou-se com uma visita à Fundação James Fanstone, (FJF), no escritório do NECEP - Núcleo de Estágio, Ensino e Pesquisa da FJF, (mantenedora da Instituição de Saúde aonde foi realizada a pesquisa) , foi apresentado o pré-projeto que após apreciação foi fornecida a Declaração da Instituição Coparticipante da pesquisa e posteriormente o projeto foi submetido ao CEP/CONEP na Plataforma Brasil. A coleta de dados foi realizada após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Uni EVANGÉLICA via Plataforma Brasil, cujo projeto de pesquisa recebeu parecer favorável sob número de autorização CAEE 99761918.9.0000.5076.

Somente após o aceite e parecer favorável, foram realizadas a seleção dos prontuários dos pacientes cirúrgicos seguindo os critérios de inclusão já definidos pela ANVISA em 2017. Os critérios que contemplam as instituições de saúde eleitas para o

preenchimento *on line* do questionário de Auto Avaliação das Práticas de Segurança do paciente no ano de 2017 definidos pela ANVISA foram os hospitais com leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) que possuíam centro-cirúrgico, que realizassem cirurgias excluindo as cirurgias ambulatoriais, que não requer internação hospitalar bem como as cirurgias de urgência e emergência (ANVISA, 2017).

A amostra foi sistematizada, selecionada aleatoriamente, por sorteio, 17 prontuários para verificar a conformidade para as questões 15, 16 e 17, referentes aos critérios dos protocolos de prevenção de quedas e de lesões por pressão, além da aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC). Foram selecionados prontuários de pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos (exceto cirurgias de emergência e ambulatoriais), no período de 01/07/2017 a 31/12/2017, e que permaneceram internados em qualquer unidade do hospital pelo menos 2 dias- calendário (D1 e D2) (ANVISA, 2017).

Para se conseguir uma amostra consistente e fidedigna, foi solicitado ao Setor de Tecnologia e Informação (TI), da instituição de saúde os dados e registros dos procedimentos cirúrgicos realizados no período de 01/01/2017 a 30/06/2017 utilizando os filtros como: data da internação e data da alta, classificação da cirurgia quanto a necessidade e urgência, excluindo-se as cirurgias ambulatoriais e com período de internação menor que dois dias calendários ou três diárias. Na primeira busca realizada encontrou-se um montante de 2978 prontuários contendo número de registros dos pacientes, data da internação e data da alta hospitalar. Num segundo momento, foi realizado nova verificação aplicando os critérios de inclusão, resultando em 1460 prontuários. Na terceira etapa foram conferidos um a um dos prontuários com aplicação rigorosa do critério de inclusão de tempo de permanência hospitalar, (mais do que dois dias de internação), totalizando 584 prontuários, sendo esta a amostragem utilizada. Foi então aplicada a forma de obtenção da amostra aleatória sistematizada, seguindo os critérios propostos pela ANVISA (ANVISA, 2017).

O total da amostra foi de 584 prontuários. Primeiramente foi elaborada uma lista contendo os 584 prontuários numerados por ordem crescente de 01 a 584. Para se obter a constante, o total de prontuários (584) foram divididos pelo número total da amostra desejada: dezessete prontuários (17), amostra essa definida pela ANVISA. Essa divisão possibilitou a obtenção da constante de amostragem ($584/17= 34$). A constante obtida foi a de número 34. Na sequência foi realizado um sorteio *online* com números de 01 a 34, para se obter o primeiro prontuário da amostra que foi o número 32, sendo esse o primeiro prontuário selecionado para a auditoria. Para o segundo prontuário da amostra foram utilizados os critérios da seleção de amostra aleatória sistematizada propostos pela ANVISA, 2017 (utilizado a constante = $34 +32$

(primeiro prontuário = 66), obteve-se assim o segundo prontuário que foi o de número 66; o terceiro prontuário ($34 + 66 = 100$) e assim sucessivamente até completar a amostra final de 17 prontuários, o que pode ser evidenciado na tabela 1, abaixo.

Tabela 1. Prontuários selecionados para amostra

| Número amostra | Número prontuários selecionados |
|----------------|---------------------------------|
| 1º | 32 |
| 2º | 66 |
| 3º | 100 |
| 4º | 134 |
| 5º | 168 |
| 6º | 202 |
| 7º | 236 |
| 8º | 270 |
| 9º | 304 |
| 10º | 338 |
| 11º | 372 |
| 12º | 406 |
| 13º | 440 |
| 14º | 474 |
| 15º | 508 |
| 16º | 542 |
| 17º | 576 |

Fonte: dados elaborados pelo pesquisador, jul 2018

Uma vez conseguida a amostra, foi elaborada uma nova lista contendo o número do prontuário e do registro de atendimento, a data de internação hospitalar e os nomes dos pacientes. A seguir foi solicitado ao SAME – Setor de arquivamento de documentos médicos e estatística da instituição, via e-mail a disponibilização dos prontuários para a realização da auditoria e coleta dos dados. Os dados foram coletados, utilizando um roteiro, em forma de *check list*, contendo perguntas qualitativas e quantitativas sobre a aplicação dos protocolos de prevenção de lesão por pressão, protocolo de prevenção de quedas, bem como o protocolo de cirurgia segura, através da LVSC. Os dados foram obtidos e auditados através da análise dos registros das equipes de enfermagem contidos nos prontuários dos pacientes, pela aplicação de *scores* preditivos no gerenciamento e identificação dos riscos da assistência como as Escalas de Morse e Braden referentes a avaliação dos riscos para quedas e LPP, além da evolução do enfermeiro por meio do diagnóstico de enfermagem e intervenções propostas (SAE – Sistematização da Assistência a Enfermagem). Identificar também a LVSC devidamente preenchida, como parte integrante da adesão ao Protocolo de Cirurgia Segura.

Foi preenchido a planilha de conformidade de indicadores de processo disponibilizada pela ANVISA, 2017 referente as questões 15, 16 e 17 do formulário de Auto Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, disponibilizada em

<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/orientacoes-formulario-e-planilha-de-conformidades>.

No preenchimento da planilha, além dos dados quantitativos solicitados pela ANVISA para o preenchimento do questionário, também foram incluídos critérios qualitativos como a qualidade e clareza dos registros nos prontuários auditados.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados obtidos após a coleta foram transcritos do instrumento utilizado para o Microsoft Office Excel 2007, para realizar o levantamento da frequência absoluta e relativa das questões quantitativas. E posteriormente comparados através de gráficos, sendo foi possível evidenciar os gatilhos e as não conformidades no preenchimento da LVSC, na aplicação e avaliação dos riscos de queda e LPP. A análise e discussão dos dados tem como embasamento e evidências na aplicação e na mensuração da adesão aos protocolos de segurança do paciente, como também do relatório nacional divulgado com os resultados do questionário de Auto avaliação de Práticas de Segurança do Paciente 2017 publicado pela ANVISA no primeiro semestre de 2018.

4.1 Caracterização do perfil epidemiológico

Na avaliação dos 17 prontuários médicos, considerando o gênero, há uma prevalência do sexo masculino, 10 (58,82%) e 7 (41,18%) do sexo feminino. Quanto a faixa etária, a média de idade é de 57 anos, sendo o paciente mais jovem com 26 anos e o paciente mais idoso com 78 anos. No que se refere a média de permanência, dias de internação hospitalar, considerando o dia da internação hospitalar como dia zero (D 0), e do período mínimo de permanência de 3 dias calendários, pode-se verificar que a média de permanência foi de 8,3 dias, embora alguns pacientes tenham permanecido internados por até 30 dias (Nº Amostra 13), outros pacientes permaneceram 3 dias, sendo um dos critérios mínimos de inclusão, conforme os dados da tabela 2, abaixo.

Tabela 2. Perfil Epidemiológico

| Nº Amostra | Idade | Gênero | Dias de Internação |
|------------|-------|--------|--------------------|
| 1 | 42 | M | 3 |
| 2 | 69 | F | 3 |
| 3 | 42 | M | 3 |
| 4 | 66 | F | 13 |
| 5 | 51 | M | 8 |
| 6 | 45 | M | 18 |
| 7 | 60 | M | 4 |
| 8 | 37 | F | 3 |
| 9 | 26 | F | 6 |
| 10 | 65 | F | 5 |
| 11 | 59 | M | 18 |
| 12 | 68 | F | 6 |
| 13 | 78 | M | 30 |
| 14 | 60 | M | 6 |
| 15 | 59 | M | 3 |
| 16 | 78 | F | 5 |
| 17 | 59 | M | 7 |

Fonte: coleta de dados registrado em planilha pela pesquisadora

Atualmente mesmo com os avanços tecnológicos e o aperfeiçoamento das técnicas de tratamento e assistência hospitalar, as complicações decorrentes de procedimentos cirúrgicos, em países em desenvolvimento, varia entre 3% e 16% e os óbitos chegam a alcançar entre 5% e 10% das cirurgias anuais. As Infecções de sítio cirúrgico (ISC) são considerados um dos eventos adversos, mais frequente e causam prejuízos físicos, psicológicos e financeiros aos pacientes acometidos, prolongam a permanência hospitalar em média de sete a onze dias, aumentando a chance de readmissão hospitalar e cirurgias adicionais (ANVISA, 2017).

Estudos mostram que o sexo masculino é mais susceptível as enfermidades, principalmente às mais graves e crônicas, além de maior mortalidade quando comparado as mulheres, como também da expectativa de vida é menor devido aos agravos de saúde, ligados a comportamentos específicos do homem, que dependem de fatores culturais e, de uma maneira geral, sociais. Não há uma procura medica regular para prevenção de doenças e exames diagnósticos. Essa procura só acontece quando há sinais e sintomas de uma doença já pré-estabelecida (LAURENTI ET ALL, 2005).

Na tabela 3, observa-se a planilha que foi disponibilizada pela ANVISA para ser preenchida de acordo com os dados solicitados. Ao registrar os dados quantitativos e preencher a planilha Excel, foi possível constatar a adesão a aplicação dos protocolos de segurança do paciente cirúrgico internado. Verifica-se uma adesão no preenchimento e aplicação do Protocolo de prevenção de LPP em 16 (94,11%) prontuários auditados. Já na prevenção das quedas 14 (82,35%) contém registros de avaliação do risco de quedas e em 17 (100%) dos prontuários foi identificada a presença da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, sendo está um dos documentos que compõem o prontuário cirúrgico adotado pela instituição, atendendo assim as recomendações da OMS na iniciativa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” estabelecida pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente(OMS, 2009).

Tabela 3. Adesão ao Protocolo de Segurança do paciente

| N. amostra | Protocolo LPP | Protocolo de Quedas | LVSC |
|------------|---------------|---------------------|----------|
| 1 | SIM | SIM | SIM |
| 2 | SIM | SIM | SIM |
| 3 | SIM | SIM | SIM |
| 4 | SIM | SIM | SIM |
| 5 | SIM | SIM | SIM |
| 6 | SIM | NÃO | SIM |
| 7 | NÃO | SIM | SIM |
| 8 | SIM | SIM | SIM |
| 9 | SIM | SIM | SIM |
| 10 | SIM | SIM | SIM |
| 11 | SIM | NÃO | SIM |
| 12 | SIM | NÃO | SIM |
| 13 | SIM | SIM | SIM |
| 14 | SIM | SIM | SIM |
| 15 | SIM | SIM | SIM |
| 16 | SIM | SIM | SIM |
| 17 | SIM | SIM | SIM |
| TOTAL | 16 (94,11%) | 14 (82,35%) | 17(100%) |

Fonte: Anvisa, 2017 dados coletados pelo pesquisador em jul 2018

Na tabela 4 abaixo, em 14 (82,34%) prontuários analisados durante auditoria, foram encontradas evidências da avaliação do risco de queda por meio da Escala de Morse, ao qual possui a classificação dos scores pontuados como: Baixo risco (score 0 a 24), Médio risco (25 a 50) e Alto risco (score > 50), sendo a reavaliação do paciente realizada a cada 24 horas, se alto risco, a cada 48 horas, se médio risco e a cada 72 horas, se baixo risco conforme protocolo institucional.

Na coluna 3, na primeira avaliação de risco, 6 (35,29%) avaliados como baixo risco, 7 (41,17%) como médio risco e 1 (5,88%) com alto risco, que ao decorrer do período de internação 2 pacientes evoluíram de baixo risco para médio risco, 3 de médio risco para baixo risco e 1 de alto risco para médio risco e posteriormente para baixo risco.

As evidências de prescrição e execução de cuidados de enfermagem referentes ao risco de queda foi apenas manter grades elevadas. Não há registros que evidenciem a preocupação das equipes multiprofissionais com risco de queda do paciente.

Em 100% (17) dos prontuários auditados não há evidências e nem registros de quedas e em 3 (17,64%) não foi encontrado registros de avaliação do risco de quedas. As quedas não se distribuem uniformemente nos hospitais, sendo mais comuns nas instituições cujo são paciente idosos e/ou a presença de fatores de risco que podem contribuir, como psicocognitivos, presença de doenças crônicas, funcionalidade, equilíbrio corporal, uso de medicamentos, entre outros (ANVISA, 2013).

As quedas durante a internação são um desafio para as instituições de saúde, as causas são multifatoriais. Em torno de 30% a 50% dos casos de queda em pacientes são eventos

adversos que produzem danos, podendo ser classificados como leve, moderados ou graves impossibilitando as suas atividades de vida diárias, por período temporário ou permanente. De 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. A queda além do dano físico pode provocar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes, além de ansiedade, depressão e medo de cair de novo, o que acaba aumentando o risco de nova queda. As quedas aumentam o tempo de permanências nos hospitais, geram preocupação para as equipes de saúde, além da repercussão negativa na imagem da instituição. Podem gerar processos judiciais (ANVISA, 2013).

Tabela 4. Análise do instrumento do Protocolo de prevenção de quedas

| N. amostra | Aplicação da Escala de MORSE | N. avaliações realizadas durante a internação | Classificação do Risco para a queda |
|------------|------------------------------|---|---------------------------------------|
| 1 | SIM | 1 | Médio Risco |
| 2 | SIM | 2 | Baixo Risco/ Médio Risco |
| 3 | SIM | 3 | Médio Risco / Baixo Risco |
| 4 | SIM | 1 | Médio Risco |
| 5 | SIM | 6 | Baixo Risco |
| 6 | NÃO | 0 | - |
| 7 | SIM | 2 | Médio Risco / Baixo Risco |
| 8 | SIM | 5 | Baixo Risco |
| 9 | SIM | 1 | Baixo Risco |
| 10 | SIM | 2 | Baixo Risco / Médio Risco |
| 11 | NÃO | 0 | - |
| 12 | NÃO | 0 | - |
| 13 | SIM | 1 | Médio Risco |
| 14 | SIM | 1 | Baixo Risco |
| 15 | SIM | 1 | Médio Risco |
| 16 | SIM | 13 | Alto Risco/ Médio Risco / Baixo Risco |
| 17 | SIM | 4 | Médio Risco / Baixo Risco |

Fonte: coleta de dados registrado em planilha pelo pesquisador jul 2018

Na Tabela 5, abaixo, pode-se verificar que em 16 (94,11%) prontuários há registro de avaliação referente ao risco de desenvolvimento de lesão por pressão por meio de score da Escala de *Braden*. A Escala preditiva de *Braden* traz um algoritmo que evidencia os seguintes riscos: Sem risco (*score* 19-23), risco leve (*score* 15-18), risco moderado (*score* 13 e 14) e risco elevado (*score* \leq 12). De acordo com o protocolo institucional, a reavaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão é a cada dois dias de internação. Pacientes que permaneceram por mais tempo internado tiveram mais de uma avaliação de risco.

Na primeira avaliação 6 (25,29%) sem risco, 8 (47,05%) risco leve, 1 (5,88%) risco moderado e 1 (5,88%) risco elevado. Pode ser evidenciado a mudança de um risco para outro, 1 pacientes passaram de sem risco para risco leve, 2 de risco leve para sem risco, 1 de risco leve para risco elevado, 1 risco elevado para risco moderado e posteriormente sem risco e 1 de risco moderado para risco leve e posteriormente risco elevado.

Risco de lesão está associado ao maior número de dias de internação e a pacientes que são submetidos a procedimentos cirúrgicos. Sendo necessário avaliar a variação entre as incidências, principalmente ao tipo de paciente avaliado, se cirúrgico ou clínico, crônico ou crítico, além do fato contribuintes como mobilidade física prejudicada quadro nutricional deficiente. Perfil etário é um dos fatores primordiais para avaliação, pode se ressaltar que pacientes com idade mais elevada são mais propensos a desenvolver lesão por pressão, dentre os fatores contribuintes estão a hidratação cutânea insuficiente, diminuição da elasticidade da pele, alteração na sensibilidade, bem como agravamento quando em associação a doenças crônicas (BORGHARDT et al., 2016).

Não foi evidenciado durante a auditoria retrospectiva dos prontuários registros assistenciais nas anotações de enfermagem (técnico de enfermagem) ou nas evoluções do enfermeiro, relatos de paciente que tenha evoluído com lesão por pressão. Em 6 (35,29%) pacientes não há evidência de prescrição do enfermeiro e 11 (64,70%) possuem prescrição de intervenção do enfermeiro, dentre elas estão:

- Realizar mudança de decúbito de 2/2h especificando o lado de registro assistencial;
- Realizar mudança de decúbito de 2/2h com hidratação das proeminências ósseas;
- Utilizar coxins e manter calcâneo livre de pressão;
- Sentar o paciente fora do leito 1 vez ao dia por 2 horas;
- Observar e comunicar o enfermeiro a presença de hiperemia;

Tabela 5. Adesão ao Protocolo de Prevenção de lesão por pressão - LPP

| N. amostra | ESCALA DE BRADEN | N. de avaliações | Tipo de risco identificado | Desenvolveu lesão de pele | Evidenciado intervenções de enfermagem |
|------------|------------------|------------------|--|---------------------------|--|
| 1 | SIM | 2 | Sem Risco | NÃO | NÃO |
| 2 | SIM | 1 | Risco Leve | NÃO | SIM |
| 3 | SIM | 1 | Risco Leve | NÃO | SIM |
| 4 | SIM | 4 | Risco Leve/Sem Risco | NÃO | SIM |
| 5 | SIM | 6 | Sem Risco | NÃO | NÃO |
| 6 | SIM | 11 | Risco Leve | NÃO | SIM |
| 7 | NÃO | - | - | NÃO | NÃO |
| 8 | SIM | 3 | Sem Risco | NÃO | NÃO |
| 9 | SIM | 4 | Risco Leve/Sem Risco | NÃO | SIM |
| 10 | SIM | 2 | Sem Risco/Risco Leve | NÃO | NÃO |
| 11 | SIM | 4 | Risco Elevado/ Risco Moderado/Risco Leve | NÃO | SIM |
| 12 | SIM | 3 | Risco Leve | NÃO | SIM |
| 13 | SIM | 21 | Risco Leve/Risco Elevado | NÃO | SIM |
| 14 | SIM | 2 | Risco Leve | NÃO | SIM |
| 15 | SIM | 1 | Sem Risco | NÃO | SIM |
| 16 | SIM | 26 | Risco Moderado/Risco Leve/Risco Elevado | NÃO | SIM |
| 17 | SIM | 3 | Sem Risco | NÃO | NÃO |

Fonte: coleta de dados registrado em planilha pelo pesquisador jul 2018

Na tabela 6, foi evidenciado em 100% (17) prontuários a presença do *check list* e ou LVSC e a descrição do procedimento cirúrgico. Além da LVSC foram auditados outros documentos e instrumentos que constituem o prontuário do paciente. De acordo com a rotina institucional os prontuários cirúrgicos são compostos por:

- Admissão cirúrgica,
- Termo de consentimento cirúrgico,
- Avaliação pré-anestésica,
- Termo de consentimento anestésico,
- Ficha de anestesia,
- Descrição do procedimento cirúrgico,
- Avaliação de risco de tromboembolismo venoso-TEV,
- Notificação de materiais e medicamentos cirúrgicos,
- Termo de esclarecimento e consentimento para transfusão de hemocomponentes,
- *Check list* de cirurgia segura.

Dentre os prontuários auditados 13 (73,47%) continham admissão cirúrgica, embora nesse documento a maior fragilidade encontrada foi o não preenchimento dos itens solicitados pela equipe a saber: a data provável de alta, identificação do paciente, data/hora, local para identificação de alergia, anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica, conduta terapêutica, assinatura e carimbo médico.

O termo de consentimento cirúrgico foi evidenciado em 16 (94,11%) prontuários. Já o termo de consentimento anestésico apresentava assinado em 15 (88,23%), como também a avaliação pré-anestésica. Ficha de anestesia está conforme em 14 (82,35%).

A descrição do procedimento cirúrgico realizado foi evidenciada em 100% dos prontuários avaliados, no entanto pode ser destacado como fragilidade o não preenchimento de data e hora no documento.

Avaliação de risco de tromboembolismo venoso (TEV) de paciente cirúrgico internado está anexado em 12 (70,58%), podendo ser classificados como risco alto, risco intermediário e risco baixo, sendo usado como critérios de análise porte da cirurgia, idade e fatores de risco para TEV, os quais auxiliam na conduta medicamentosa para profilaxia, segundo padronização da instituição.

Eventos tromboembólicos causam grande preocupação, em decorrência das altas taxas de morbidade e mortalidade existentes e da possibilidade de apresentação clínica com sintomas escassos e, muitas vezes, inespecíficos. A prevenção é a maneira mais eficaz de lidar

com esse tipo de evento, que, uma vez estabelecido, pode levar rapidamente à morte (PAIVA, CHADRAOUI, MACHADO, 2013).

O termo tromboembolismo venoso (TEV) inclui duas condições frequentes, que são a trombose venosa profunda (TVP) e o tromboembolismo pulmonar (TEP), sendo esta a causa de morte evitável mais comum no paciente hospitalizado. O tromboembolismo pulmonar (embolia de pulmão) ocorre quando um coágulo, ou parte dele, se desprende do local em que se formou (geralmente das pernas) e, por meio da circulação, atinge o pulmão. Dependendo do tamanho do coágulo, a gravidade pode variar, desde nenhuma, até uma morte súbita.

Notificação de materiais e medicamentos cirúrgicos e o termo de esclarecimento e consentimento para transfusão de hemocomponentes apresentou conforme em 16 (94,11%).

Check list de cirurgia segura está presente em 100% (17 prontuários), nos quais foram evidenciados a realização da profilaxia antimicrobiana entre 0 a 60 minutos antes da incisão da pele em 11 (64,70%) pacientes e 6 (35,29%) possuem demarcação de sítio cirúrgico pelo cirurgião, 7 (41,17%) não se aplica e 4 (23,52%) não informado.

A finalidade do protocolo cirurgia segura é determinar critérios e medidas para que os hospitais possam reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, melhorando a segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, por meio do uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009).

A Lista de Verificação cirúrgica é um roteiro formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupos de itens e rotinas a serem conferidas e verificadas.

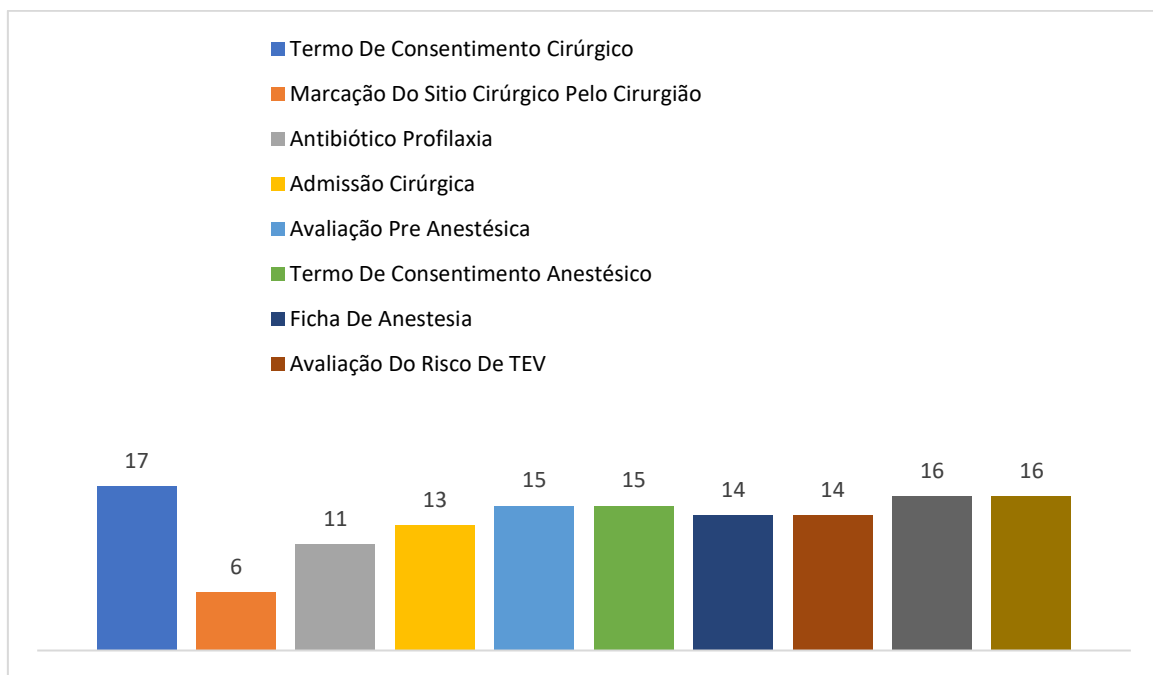
A demarcação da lateralidade é um dos critérios da LVSC, Isso é importante em casos de lateralidade (direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral) (OMS, 2009).

O condutor da Lista de Verificação pode ser qualquer profissional de saúde (médico ou profissional da enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com orientações da instituição de saúde (OMS, 2009).

A segurança anestésica, se resume ao conjunto de ações realizadas pelo anesthesiologista, que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia, como identificação da via aérea difícil, possibilidade de perda sanguínea e antecipação de eventos críticos (OMS, 2009).

A lista de verificação é uma ferramenta que tem como objetivo garantir a adesão a processos fundamentais do cuidado cirúrgico, garantindo um cuidado mais seguro durante todas as fases operatórias. No entanto, a rotina de experiências relacionadas ao preenchimento da LVSC tem mostrado muitas falhas e equívocos em sua utilização, como baixa adesão das equipes cirúrgicas, itens incompletos, registro de ações sem verbalização dos seus itens e resistência ao seu uso pelos profissionais, são apenas alguns exemplos que se podem evidenciar (TOSTES et al., 2016).

Gráfico 1. Lista de verificação de segurança cirúrgica



Fonte: coleta de dados registrado em planilha pelo pesquisador

Foram utilizados pela ANVISA critérios nos quais os hospitais passaram por um cálculo de indicador composto de adesão às práticas de segurança para cada serviço de saúde que respondeu o Formulário FormSUS. O indicador composto foi baseado nos critérios avaliados (subindicadores) e todos os critérios tiveram o mesmo peso para o cálculo do indicador composto. Com o resultado do indicador composto, os serviços de saúde foram classificados em três grupos, pelo SNVS:

CONFORMIDADE ALTA (67%- 100% de conformidade do indicador composto de adesão);

CONFORMIDADE MÉDIA (34%-66% de conformidade do indicador composto de adesão);

CONFORMIDADE BAIXA (0%-33% de conformidade do indicador de adesão) (BRASIL, 2018).

Tendo em vista tais critérios a análise das questões pesquisadas foi evidenciado que a instituição possui conformidade alta (67%- 100% de conformidade do indicador composto de adesão); para conformidade da avaliação do risco de lesão por pressão, conformidade da avaliação do risco de queda e conformidade para a aplicação da lista de verificação da segurança cirúrgica (LVSC) para o ano de 2017 (BRASIL, 2018).

5 CONCLUSÃO

É evidente todos os avanços na segurança do paciente e das estratégias e medidas para redução de eventos adversos (EA) relacionados à assistência ao paciente, no entanto tais agravos podem provocar durante o período de hospitalização um aumento do tempo de internação, que poderia ser evitado, levando em conta todo contexto em que o paciente/cliente se inseri, tais agravos ainda são desafios na prestação diária da assistência.

Através dessa pesquisa foi possível identificar que os protocolos básicos de segurança ao paciente na assistência são de extrema importância para nortear a equipe que presta o cuidado direto, guiando uma pratica assistencial segura. As ferramentas e instrumentos da administração auxiliam a identificação da fragilidade e posteriormente a possibilidade de traçar ações para promover melhor atendimento. Não esquecendo que a notificação dos eventos adversos que atingi o paciente é compulsória, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) nos serviços de saúde públicos e privados.

Sendo assim, entende-se que a segurança do paciente não é, necessariamente apenas a assistência livre de erros e eventos adversos, mas também a promoção da educação de paciente/cliente e familiares que são estar prestando o cuidado domiciliar após a alta, fazendo se necessário a promoção de orientações para alta hospitalar, durante toda e qualquer ação executada pela equipe que auxilia para não ocorrer o dano.

Por fim, os dados obtidos mostram resultados positivos quanto ao registro da prestação de ações de segurança quanto a queda, lesão por pressão e a lista de verificação de segurança cirúrgica, evidenciando uma equipe envolvida na qualidade da prestação da assistência, de maneira individual e centrada nas necessidades específicas de acordo com o quadro clinico. A prescrição do enfermeiro e a execução pelo técnico de enfermagem mostra praticas baseadas em evidencia associadas ao produto do processo, que é a alta hospitalar em iguais ou melhores condições do que o dia da internação.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Relatório da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – 2017**. Brasília, 27 de abril de 2018.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Orientações para a autoavaliação das práticas de segurança do paciente – 2017**. Brasília, 29 de junho de 2017.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília, 2016.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA DA ANVISA – **RDC n.º. 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Vigilância e Monitoramento em Serviços e Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. Brasília, 2011.
- BORGHARDT, A. T. et al . Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 3, p. 460-467, June 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300460&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA**; 2013a. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>>. Acesso em: 19 de outubro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS**; 2013b. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>>. Acesso em: 19 de outubro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO**; 2013c. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>>. Acesso em: 19 de outubro de 2017.
- BRASIL. **Relatório da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA de Saúde – 2016**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático : economia da saúde**. – 2. ed. amp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

DE VRIES, E.N. RAMRATTAN, M.A. SMORENBURG, S.M. GOUMA, D.J. BOERMEESTER, M.A. **The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care**. 17. England 2008. p. 216-23.

GIL, AC. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KOHN, L.T. CORRIGAN, J.M. DONALDSON, M.S. MCKAY, T. PIKE, K.C. **To err is human**. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

LAURENTI R, MELLO-JORGE M.H.P, GOTLIEB, S.L.D. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina**. Ciência Saúde Coletiva, 2005, 10:35-46. 23

MARCONI, MARINA DE ANDRADE; LAKATOS, EVA MARIA. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELLO-JORGE MHP, GOTLIEB SLD. **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina**. Ciência Saúde Coletiva, 2005, 10:35-46. 23

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE – OMS. Aliança Mundial Para a Segurança do Paciente. **Manual Cirurgia Seguras Salvam Vidas**. 2008. Publicação no Brasil: Ministério da Saúde, OPAS e ANVISA; 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

PAIVA, M.C.M.S. PAIVA, S.A.R. BERTI HW, CAMPANA, A.O. **Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos**. Revista da Escola Enfermagem- USP. São Paulo, 2010.

PAIVA, R. A. et al . **Protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso no Instituto Ivo Pitanguy: eficácia e segurança em 1.351 pacientes**. Rev. Bras. Cir. Plást., São Paulo , v. 28, n. 1, p. 3-9, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado; HARACEMIW, Annelise; MAI, Lilian Denise. Lista de verificação de segurança cirúrgica: Considerações a partir da micropolítica institucional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 203-209, Mar. 2016 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100203&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Set. 2018.

ANEXO 01

| PLANILHA DE CONFORMIDADE DE INDICADORES DE PROCESSO - PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE | | | | | |
|---|----------------------------------|--|---|---|---|
| Nome do Hospital: | | | | | |
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): | | | | | |
| NÚMERO DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS | NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE | DATA DE SAÍDA (alta, óbito ou transferência) | QUESTÃO 15 : LESÕES POR PRESSÃO Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12. | QUESTÃO 16: QUEDA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12. | QUESTÃO 17: LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12. |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| TOTAL | | | 0 | 0 | 0 |

ANEXO 02

PLANILHA DE CONFORMIDADE DE INDICADORES DE PROCESSO - PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Nome do Hospital:

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES):

| NÚMERO DE PRONTUÁRIOS AVALIADOS | NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE | DATA DE SAÍDA (alta, óbito ou transferência) | QUESTÃO 15 : LESÕES POR PRESSÃO Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12. | QUESTÃO 16: QUEDA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12. | QUESTÃO 17: LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SEGURANÇA CIRÚRGICA Obs.: O item será considerado conforme se o número de SIM for maior ou igual a 12. |
|---------------------------------|----------------------------------|--|---|---|---|
| 1 | 852103 | 03/06/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 2 | 856761 | 01/07/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 3 | 830413 | 21/01/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 4 | 855477 | 03/07/2017 | SIM | NÃO | SIM |
| 5 | 832935 | 11/02/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 6 | 833325 | 24/02/2017 | SIM | NÃO | SIM |
| 7 | 832167 | 03/02/2017 | NÃO | SIM | SIM |
| 8 | 838074 | 12/03/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 9 | 840201 | 28/03/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 10 | 838333 | 15/03/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 11 | 832303 | 17/02/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 12 | 842825 | 13/04/2017 | SIM | NÃO | SIM |
| 13 | 834043 | 13/03/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 14 | 841936 | 08/04/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 15 | 842468 | 08/04/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 16 | 834382 | 18/02/2017 | SIM | SIM | SIM |
| 17 | 837512 | 13/03/2017 | SIM | SIM | SIM |
| TOTAL | | | 16 | 14 | 17 |