

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENSINO NAS
CIÊNCIAS DA SAÚDE

FABIANE FRIGOTTO DE BARROS

**PROMOÇÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DESENVOLVIMENTO E
VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE UTI SEGURA**

CURITIBA

2019

FABIANE FRIGOTTO DE BARROS

**PROMOÇÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DESENVOLVIMENTO E
VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO DE UTI SEGURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe, como requisito para a obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: II- Educação Permanente e Integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade.

Orientadora: Dra. Elaine Rossi Ribeiro

CURITIBA

2019

TERMO DE APROVAÇÃO

FABIANE FRIGOTTO DE BARROS

**“PROMOÇÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO
DE PROTOCOLO DE UTI SEGURA”**

Dissertação **aprovada** como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestra**, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (a):


Prof.^a Dr.^a Elaine Rossi/Ribeiro

Doutora em Clínica Cirúrgica. Professora e Orientadora do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.


Prof.^a Dr.^a Izabel Cristina Meister Martins Coelho

Doutora em Clínica Cirúrgica. Coordenadora, Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.


Prof.^a Dr.^a Eliane Cristina Sanches Maziero

Doutora em Enfermagem. Lotada na Escola de Saúde Pública do Paraná/Centro Formador de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Coordenadora da REBRAENSP Polo Paraná.



Curitiba, 10 de dezembro de 2019.

Esta dissertação é dedicada a Ademar João Frigotto, meu avô, pai e herói, que me deixou durante o desenvolvimento da pesquisa. Vô, aonde estiver quero que saiba que te amo mais que tudo e que se este projeto foi finalizado foi graças a seu incentivo, dedicação e amor. Sempre será meu maior exemplo! Te amo eternamente!

Tuto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por seu infinito e incomparável amor, por ter me abençoado tanto como pessoa e profissional Obrigada Senhor por sua infinita bondade!

À Nossa Senhora do Carmo, minha Mãe, por todas as bênçãos que me concedeu durante esta trajetória no mestrado. Tudo que sou desejo que a vós pertença, continue rogando por nós teus filhos.

Ao meu esposo Fellipe, meu melhor amigo, o grande amor da minha vida, o companheiro com quem sempre sonhei. Obrigada pelo seu amor, compreensão e dedicação, pela parceria e pelas renúncias que fez para que eu cursasse este mestrado. Te amo muito meu amor.

À Ademar João Frigotto a quem dedico esta pesquisa, sem você vô com certeza não seria quem eu sou, nem na vida pessoal, nem na profissional, não te terei presente na defesa desta pesquisa fisicamente, mas estará sempre dentro do meu coração. É meu maior exemplo, me ensinou todos os valores de vida que sigo, me ensinou sua visão de mundo e me mostrou que jamais podemos perder a fé na vida e nas pessoas. Obrigada por me tornar uma pessoa melhor, por ter me educado e me amado tanto, em cada conquista minha há muito de você! Te amarei para sempre!

À minha avó Joraci, agradeço pela educação e amor que sempre me deu. Espero retribuir sempre te dando muito orgulho vô! Eu te amo muito, sou infinitamente grata pela sua dedicação.

Aos meus pais Luciane e Cassemiro, que eu amo com todas as forças do meu coração, que me guiaram de acordo com os princípios da família e dentro dos princípios cristãos, foram sempre pais presentes e amorosos e me possibilitaram chegar até aqui. Não posso deixar de agradecer aos meus sogros Giovana e Jovane, que são verdadeiros pais pra mim há quase 13 anos, amo muito vocês! Também agradeço ao meu tio e padrinho Junior, pela sua participação na minha educação, seu amor e sua presença na minha vida.

Ao meu bebê Theo, que tem quatro patas, mas é como um filho pra mim, carinhoso, me apoia sem ter nem dimensão do quanto faz por mim, me ajudou a passar pelos momentos mais difíceis da minha vida, sempre me enchendo de alegria.

Sem dúvidas, agradeço imensamente à Dra. Elaine Rossi Ribeiro, por além de ter me orientado, ter me acompanhado carinhosamente nesta jornada, sempre de maneira muito respeitosa e incentivadora. Não tenho como descrever tamanha admiração que tenho por você, profissional e pessoa maravilhosa! Minha eterna gratidão por estes 2 anos de trajetória e por todo o aprendizado que me proporcionou, muito obrigada por tudo!

À Adriana Cristina Franco, minha inspiração, nunca deixou de acreditar em mim e me incentivar a buscar pelos meus sonhos, te amo muito!

Aos meus amigos e familiares pela compreensão da minha ausência em momentos tristes e felizes, dos quais abdiquei em prol da realização deste sonho.

Por fim, à Faculdades Pequeno Príncipe, minha casa desde a Graduação, agradeço imensamente à Instituição por todas as oportunidades vivenciadas, é uma grande satisfação fazer parte desta equipe que tanto admiro.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Categorização da amostra quanto ao título, pergunta de pesquisa/justificativa e objetivos	p. 31
Quadro 2- Categorização da amostra quanto ao método e resultados	p. 33
Quadro 3- Distribuição conforme enfoque principal da publicação	p. 36
Quadro 4- Principais riscos relacionados ao paciente em internamento em UTI, classificados por distribuição de frequência, autores, ano e intervenções recomendadas	p. 37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Avaliação da identificação de leito proposta no protocolo	p. 50
Gráfico 2- Avaliação do Fluxograma de Admissão Segura	p. 51
Gráfico 3- Avaliação do Instrumento para Passagem de Plantão Segura	p. 52
Gráfico 4- Avaliação da recomendação de medidas preventivas gerais- Busca Ativa	p. 54
Gráfico 5- Avaliação da recomendação de medidas preventivas gerais- Educação Permanente	p. 54
Gráfico 6- Avaliação da recomendação de medidas preventivas gerais- Avaliação de Delirium	p. 55
Gráfico 7- Avaliação da recomendação de medidas preventivas gerais- Dimensionamento da equipe multiprofissional	p. 57
Gráfico 8- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de PAV	p. 58
Gráfico 9- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de tração não programada de dispositivos	p. 59
Gráfico 10- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de não realização de exames e/ou atraso na realização	p. 60
Gráfico 11- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de lesão por pressão-LPP	p. 61
Gráfico 12- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de eventos adversos relacionados à medicação	p. 62
Gráfico 13- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de infecções associadas à assistência à saúde- IRAS	p. 63
Gráfico 14- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de quedas	p. 63
Gráfico 15- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de flebite	p. 64
Gráfico 16 - Perfil sociodemográfico dos especialistas da segunda etapa- IDADE	p. 80
Gráfico 17 - Perfil sociodemográfico dos especialistas da segunda etapa- SEXO	p.80
Gráfico 18 - Perfil sociodemográfico dos especialistas da segunda etapa- TEMPO DE FORMAÇÃO	p. 81
Gráfico 19 - Perfil sociodemográfico dos especialistas da segunda etapa- TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM UTI	p. 81
Gráfico 20- Perfil sociodemográfico dos participantes da terceira etapa- CATEGORIA PROFISSIONAL	p. 97
Gráfico 21- Perfil sociodemográfico dos participantes da terceira etapa- IDADE	p. 98
Gráfico 22- Perfil sociodemográfico dos participantes da terceira etapa- SEXO	p. 98
Gráfico 23- Perfil sociodemográfico dos participantes da terceira etapa- TEMPO DE FORMAÇÃO	p. 99
Gráfico 24- Perfil sociodemográfico dos participantes da terceira etapa- TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM UTI	p. 100

Gráfico 25- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto ao modelo de identificação de leito	p. 101
Gráfico 26- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto ao fluxograma de admissão segura	p. 102
Gráfico 27- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto ao modelo de passagem de plantão segura	p. 103
Gráfico 28- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de PAV	p. 104
Gráfico 29- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção da tração não programada de dispositivos	p. 105
Gráfico 30- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de atrasos na realização de exames	p. 106
Gráfico 31- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de Lesão por pressão	p. 107
Gráfico 32- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de eventos adversos relacionados a medicação	p.108
Gráfico 33- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde	p. 109
Gráfico 34- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de quedas	p. 110
Gráfico 35- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de flebite	p. 111
Gráfico 36- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às medidas preventivas gerais	p. 112

RESUMO

Estudo metodológico que objetivou validar um protocolo de segurança em unidade de terapia intensiva-UTI. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura que buscou conhecer os riscos para a qualidade e segurança do paciente em terapia intensiva e 11 artigos compuseram a amostra. Os riscos mais comuns observados na amostra estudada foram a tração não programada de dispositivos e os eventos relacionados à medicação, seguidos de lesões por pressão, infecções associadas à assistência à saúde, pneumonias associadas à ventilação-PAV, quedas, atrasos ou não realização de exames e flebite. Já em relação às recomendações de ações preventivas tiveram destaque as ações de educação permanente e o desenvolvimento de uma cultura organizacional de segurança do paciente. Após a conclusão da revisão sistemática foi criado o Protocolo de UTI segura, que foi validado através da Técnica de Delphi, em 3 etapas, sendo a primeira rodada com a participação de um painel de 15 especialistas de 5 categorias profissionais, realizada por meio de uma abordagem quantitativa, a segunda etapa composta pelo julgamento de 5 especialistas, sendo um de cada categoria profissional abordada no protocolo, perfazendo a abordagem qualitativa e por fim, a terceira etapa foi constituída por 46 participantes que responderam a um questionário final para obtenção de consenso que foi analisado quantitativamente e obteve a média geral de 95.9% de consenso entre os participantes, demonstrando a relevância da construção do protocolo para a promoção de segurança do paciente em UTI e sua aplicabilidade prática.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Segurança do paciente; Qualidade.

ABSTRACT

Methodological study that aimed to validate a safety protocol in an intensive care unit-ICU. A systematic review of the literature was conducted to ascertain the risks to the quality and safety of the patient in intensive care and 11 articles made up the sample. The most common risks observed in the study sample were unscheduled device traction and medication-related events, followed by pressure injuries, healthcare-associated infections, VAP-ventilated pneumonia, falls, delays, or non-testing. and phlebitis. Regarding the recommendations of preventive actions, the actions of permanent education and the development of an organizational culture of patient safety were highlighted. Upon completion of the systematic review, a secure ICU Protocol was created, which was validated using the Delphi Technique in 3 steps. The first round attended by a panel of 15 experts from 5 professional categories, conducted through a quantitative approach, the the second stage comprised the judgment of 5 experts, one from each professional category addressed in the protocol, making up the qualitative approach and finally, the third stage consisted of 46 participants who answered a final questionnaire to obtain consensus that was analyzed quantitatively and obtained an overall average of 95.9% consensus among the participants, demonstrating the relevance of the construction of the protocol for the promotion of ICU patient safety and its practical applicability.

Keywords: Intensive Care Units; Patient safety; Quality.

RESUMEN

Estudio metodológico destinado a validar un protocolo de seguridad en una unidad de cuidados intensivos-UCI. Se realizó una revisión sistemática de la literatura para determinar los riesgos para la calidad y la seguridad de los pacientes de cuidados intensivos y 11 artículos constituyeron la muestra. Los riesgos más comunes observados en la muestra del estudio fueron la tracción no programada del dispositivo y los eventos relacionados con la medicación, seguidos de lesiones por presión, infecciones asociadas a la atención médica, neumonía ventilada por VAP, caídas, retrasos o no pruebas. y flebitis. En cuanto a las recomendaciones de acciones preventivas, se destacaron las acciones de educación permanente y el desarrollo de una cultura organizacional de seguridad del paciente. Una vez completada la revisión sistemática, se creó un protocolo seguro de UCI, que se validó utilizando la técnica Delphi en 3 pasos. La primera ronda consistió en un panel de 15 expertos de 5 categorías profesionales, realizado a través de un enfoque cuantitativo, el La segunda etapa comprendió el juicio de 5 expertos, uno de cada categoría profesional abordada en el protocolo, conformando el enfoque cualitativo y, finalmente, la tercera etapa consistió en 46 participantes que respondieron un cuestionario final para obtener el consenso que se analizó cuantitativamente y obtuvo un promedio general del 95.9% de consenso entre los participantes, lo que demuestra la relevancia de construir el protocolo para la promoción de la seguridad del paciente en la UCI y su aplicabilidad práctica.

Palabras clave: Unidades de Cuidados Intensivos; Seguridad del paciente; Calidad.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
3 MÉTODO	49
3.1 TIPO DE ESTUDO	49
3.2 LOCAL DA PESQUISA	55
3.3 PARTICIPANTES E ESPECIALISTAS	56
3.4 ANÁLISE DE DADOS	56
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	57
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
4.1 RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA DE VALIDAÇÃO	72
4.2 RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA DE VALIDAÇÃO	102
4.3 RESULTADOS DA TERCEIRA ETAPA DE VALIDAÇÃO	120
5 CONCLUSÕES	136
REFERÊNCIAS	137
APÊNDICES	146

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, aponta-se para a divulgação dos resultados do Estudo da Prática Médica de Havard, realizado em 1991, e a publicação *To Err is Human do Institute of Medicine (IOM)*, em 1999, como grandes marcos dos quais emergiu a preocupação com a segurança do paciente. Estes estudos demonstraram que a ocorrência de eventos adversos (EA) resulta em danos irreversíveis aos pacientes e seus familiares, havendo um considerável número de óbitos anuais nos Estados Unidos decorrente destes (REIS et al., 2013).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) a segurança do paciente pode ser definida como a redução de riscos e danos desnecessários a um mínimo aceitável, sendo as práticas de atendimento ao paciente, intimamente relacionadas a este processo. Reconhecendo a magnitude da problemática relacionada a este cenário, em 2004, a OMS estabeleceu a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) (WHO, 2009).

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi criada com o objetivo de definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em nível global e estimular o desenvolvimento de pesquisas no campo. Entre as ações propostas destacam-se: cuidados de saúde materno-infantis; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos (EA) relacionados a erros de medicação; cultura de segurança frágil quanto ao processo de responsabilização pelo erro; inadequação de competências e habilidades entre profissionais de saúde; infecções associadas ao cuidado de saúde (REIS et al., 2013).

No Brasil, em 2013 foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), no qual através da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde, busca-se a incorporação de ações assistenciais, educativas e programáticas no cotidiano da prática assistencial em saúde para redução de eventos que possam levar qualquer tipo de dano ao cliente (BRASIL, 2014).

Atualmente, observa-se que mais da metade dos eventos adversos notificados no Brasil são classificados como evitáveis. São apontados como

fatores responsáveis pela ocorrência de EA as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, envolvendo níveis organizacionais e de forma sistêmica, e não apenas a responsabilização de profissionais isoladamente. Para reconhecer essas fragilidades faz-se necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança, a qual deve incorporar valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e coletivos, além, da confiança na efetividade de medidas preventivas, determinantes para o comprometimento com uma organização saudável e segura (REIS et al., 2013).

Salles et al. (2015), enfatizam que os erros são esperados, pois partem de seres humanos, os quais são passíveis de falhas e que, tais erros são consequências e não causas. Contudo por mais que não se possa mudar a premissa da condição humana, suscetível a erros, é possível implementar barreiras de defesa nos sistemas de trabalho, com o objetivo de estimular a melhoria contínua.

Estudos relacionados à natureza dos EA de maior incidência revelam que as práticas cirúrgicas, prescrição, dispensação e administração de medicamentos, procedimentos diagnósticos e clínicos e quedas, constituem os pontos principais para discussão sobre a prevenção de agravos advindos dos cuidados de saúde (REIS et al., 2013).

Pensando nesta realidade, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo destino de pacientes com alto nível de gravidade, é considerada a unidade onde mais ocorrem eventos adversos e incidentes, pois os pacientes exigem cuidados intensivos complexos, tornando-se mais vulneráveis às falhas na assistência à saúde. Fica evidente na literatura que vários fatores estão relacionados à ocorrência de EA, dentre as quais estão as características do ambiente e a cultura de segurança presente na instituição, além de questões relacionadas às práticas da equipe de enfermagem (PADILHA et al., 2015).

Barbosa et al. (2014) ressaltam que em UTI, as condições clínicas críticas do paciente, e a constante instabilidade que podem levar à rápida deterioração de funções corporais, aumentam significativamente os riscos, sendo primordial a constante vigilância de fatores de risco para se evitar eventos indesejáveis.

Silva et al. (2016) citam que a segurança do paciente está sob influência de iatrogenias cometidas por profissionais da saúde e que estas,

possuem um reflexo direto na qualidade de vida dos pacientes, assim como em consequências desagradáveis para as instituições hospitalares. Neste contexto, a equipe de enfermagem tem papel de destaque na redução de incidentes envolvendo a segurança do paciente, pois por estarem na linha de frente do cuidado, são capazes de identificar situações de risco nos processos delimitados nas organizações de saúde e de detectar complicações de maneira precoce, sendo essenciais na tomada de condutas que podem diminuir danos relacionados à assistência.

Em relação à Unidade de Terapia Intensiva, busca-se atingir o melhor resultado possível dentro das condições de gravidade dos clientes, embora garantir a segurança de pacientes críticos constitua um dos maiores desafios para equipe de saúde, pois o ambiente de UTI propicia aos pacientes a realização de inúmeros procedimentos diariamente, entre os quais existem atividades que predisõem a um maior risco de erros, potencialmente capazes de causar danos. Tendo em vista estas características hostis do ambiente de terapia intensiva, o gerenciamento de risco com foco educativo, faz-se essencial para a implementação de barreiras preventivas em todas as interfaces do cuidado (BARBOSA et al., 2014).

De acordo com Perão et al. (2017), as Unidades de Terapia Intensiva são destinadas ao atendimento de pacientes críticos, que necessitam de cuidados contínuos e ininterruptos, o que exige não apenas aparato tecnológico, mas também recursos humanos altamente especializados e que devem estar livres de riscos relacionados a possíveis eventos adversos.

Este estudo justifica-se pela iminente necessidade de discussão sobre o fortalecimento da cultura de segurança em áreas complexas do ambiente hospitalar e a promoção de um ambiente seguro e de uma assistência de qualidade em unidades de terapia intensiva, visto a não existência de um protocolo de UTI segura, pautado nas necessidades do paciente crítico e em ações educativas constantes para equipe de saúde.

Diante da explanação acima e considerando a experiência cotidiana da pesquisadora em processos de trabalho em UTI, emergiu a seguinte questão de pesquisa: “Há viabilidade para que um protocolo de UTI segura se constitua como instrumento de qualidade e segurança ao paciente crítico?”.

1.1 OBJETIVO GERAL

- Validar um protocolo de UTI segura.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar as ações de atenção à saúde que devem compor um protocolo de UTI segura;
- Desenvolver um protocolo de UTI segura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE- CENÁRIO ATUAL E DESAFIOS PARA O FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA

O cenário dos sistemas de cuidado à saúde tem se modificado nos últimos tempos, em decorrência a questões advindas no processo de globalização, com o avanço tecnológico e a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Com esta mudança de contexto, houve uma queda da mortalidade por várias doenças, em contrapartida, elevaram-se os riscos inerentes às práticas de cuidado com a saúde. Desta forma, passou-se a focar em questões de segurança do paciente, que se caracterizam pela incidência de eventos adversos (EA), ou seja, danos relacionados a praticas assistenciais, sendo que a partir da década de 2000, o tema passou a inquietar pesquisadores de todo o mundo, constituindo uma preocupação a nível global (REIS *et al.*, 2013).

Silva *et al.* (2006), ressalta que apesar dos avanços nos serviços de saúde nas ultimas décadas, a população ainda está exposta a riscos relacionados aos cuidados de saúde, principalmente no ambiente hospitalar.

A problemática da segurança do paciente constitui um grande e atual desafio para as organizações de saúde, tendo em vista a existência de riscos que são inerentes ao processo de trabalho, que podem resultar em incidentes de diferentes níveis de danos ao paciente, resultando no prolongamento do tempo de internação, lesões permanentes e podendo levar inclusive ao óbito (REIS *et al.*,2017).

Em contexto nacional, o órgão governamental que atua sobre a qualidade e segurança do paciente é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Suas ações estão em consonância com os preceitos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem por objetivo proteger a saúde da população. As maiores estratégias da ANVISA em segurança do paciente no contexto hospitalar envolvem a higienização das mãos; os procedimentos clínicos seguros; a segurança do sangue e hemoderivados; a administração

segura de injetáveis e de imunobiológicos; e a segurança da água e no manejo de resíduos (ANVISA, 2011).

A ANVISA também contribuiu muito para o cenário nacional de segurança do paciente com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, onde são notificados incidentes e, registradas queixas técnicas quanto a produtos/equipamentos médicos hospitalares (CASSIANI, 2010).

Além disso, pensando na consolidação destas medidas, em 2013 o Ministério da Saúde instituiu portarias que norteiam as ações de segurança do paciente que devem estar incorporadas aos serviços de saúde, onde incluem-se: os protocolos de prevenção de quedas; de identificação do paciente; de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos; de cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão (BRASIL, 2013).

Também destaca-se neste processo a participação de órgãos acreditadores de serviços de saúde, que consistem um sistema de avaliação externa, o qual investiga a concordância da estrutura e dos processos assistenciais adotados na instituição com o conjunto de padrões pré-definidos (BRASIL, 2013).

A qualidade em saúde pode ser definida como o coeficiente de relação entre resultados favoráveis e desfavoráveis relacionados aos serviços prestados ao cliente, sendo estes resultados desfavoráveis caracterizados como eventos adversos. Estes eventos são amplamente estudados, e a literatura demonstra que grande parte deles é evitável (REIS *et al.*, 2013).

Corroborando com a afirmação acima, De Vries *et al.* (2008), afirma em sua revisão sistemática que a incidência mediana estimada de EA é de 9,2% em pacientes internados, e destes, 43,5% são considerados como evitáveis. No mesmo estudo é evidenciado que em relação a natureza destes eventos, a maior incidência está associada à cirurgias, uso de medicamentos, realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, procedimentos clínicos e queda.

É importante enfatizar, que no ambiente hospitalar a identificação do paciente é um dos processos mais importantes para se evitar iatrogenias, contudo, infelizmente ocorrem falhas neste processo, as quais podem resultar tanto em um incidente sem dano ao paciente até eventos graves que envolvam óbitos. “Processos falhos de identificação do paciente estão dentre as causas

mais comuns de eventos adversos na administração de medicamentos, nos exames diagnósticos, nos procedimentos cirúrgicos” (BRASIL, 2013).

Em âmbito nacional, estudos demonstram que há uma incidência de 7,6% de eventos adversos em pacientes internados em instituições hospitalares, onde destes, 67% são considerados como evitáveis (MENDES *et al.*, 2009).

Segundo Gouvêa *et al.* (2010), o monitoramento da segurança do paciente em nível hospitalar é imprescindível para os processos de melhoria contínua, e pode ser efetivado por meio da implementação de indicadores de qualidade, que são definidos como medidas quantitativas relacionadas ao cuidado ao paciente.

É importante ressaltar que a ocorrência de eventos adversos é decorrente de problemas sistêmicos e de caráter multifatorial, tendo em vista a complexidade dos sistemas hospitalares, podendo atingir diversas dimensões, sejam elas relacionadas à prática profissional, produtos, processos e/ou sistemas. Desta forma, são necessárias medidas preventivas que contemplem questões de organização, cultura, práticas laborais, gestão da qualidade, estratificação de riscos e oportunidade de aprendizado a partir de erros (REIS *et al.*, 2013).

Na análise feita por Capucho e Casianni (2013), é ressaltada a importância de se conhecer a dimensão global da ocorrência de eventos adversos, para que se possa implementar medidas preventivas, para tanto, é indispensável o envolvimento das instituições de saúde no monitoramento e notificação desses incidentes.

A literatura está repleta de pesquisas com enfoque nos eventos adversos que ocorrem na assistência da equipe de enfermagem, os quais permeiam riscos nas dimensões física, social e psicológica dos indivíduos, podendo levar a danos incapacitantes e até a morte (WHO, 2009).

Destaca-se que as características das práticas assistenciais da enfermagem podem interferir diretamente na incidência de eventos adversos.

Explicitando a informação supracitada, Silva *et al.* (2006), afirma que estudos mostram maior incidência de eventos adversos no período diurno, coincidindo com o turno em que o fluxo de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, consultas, cuidados e visitas multiprofissionais, está aumentado.

No entanto, além do perfil da assistência prestada, o perfil do cliente também interfere diretamente na incidência de eventos adversos. Para Silva *et al.* (2006), os pacientes em estado grave estão mais suscetíveis a ocorrência de eventos adversos, pois devido a instabilidade necessitam de um número maior de intervenções. Com isso, pode-se afirmar que os pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI), são aqueles com maior risco de iatrogenias. Isso é explicitado nos estudos de Novaretti *et al.*(2014), onde cerca de 98% dos pacientes internados nestas unidades sofreram algum tipo de EA, mesmo que sem lesão, e, de Gonçalves *et al.* (2012) que demonstra que a média de ocorrência de EA/I em UTIs foi de 1,3 a 2,2 por paciente-dia.

O estudo de Mello e Barbosa (2013), também contribui com esta afirmação, pois evidencia que o risco de eventos adversos na assistência em saúde de alta complexidade, especificamente em UTI, é agravado, decorrente das características de necessidade de intervenções dos pacientes internados nestas unidades, sendo então a unidade de terapia intensiva considerada um cenário assistencial de alto risco. Os cuidados intensivos, contínuos, ágeis e dinâmicos, envolvem muitas intervenções e um número grande e variado de profissionais, onde a comunicação deve ser efetiva e constituir uma ferramenta de cuidado para minimização de riscos de incidentes (MELLO; BARBOSA, 2013).

Faz-se necessário a constante avaliação de fatores de risco na prática assistencial, bem como a investigação e classificação de eventos adversos. Em relação à metodologia empregada para se realizar a avaliação da ocorrência de eventos adversos em instituições hospitalares, percebe-se que em grande parte dos estudos são citadas análises de coorte retrospectiva, por meio de coleta dados em prontuários (REIS *et al.*, 2013).

Para Urbanetto e Gerhardt (2013), o reconhecimento da inevitabilidade do erro e das ameaças latentes, além do desenvolvimento de um sistema de caráter não punitivo, contribuiriam para a notificação e a análise dos eventos adversos.

Quanto à origem multifatorial de incidentes relacionados à segurança do paciente, esta pode ser entendida através da teoria do queijo suíço, desenvolvida por James Reason, pesquisador da Universidade de Manchester, a qual se baseia numa comparação entre a vulnerabilidade dos sistemas de

saúde e os buracos de um queijo suíço, representando múltiplas falhas estruturais ou descuidos profissionais nos processos de cuidado à saúde, os quais, quando estão alinhados desencadeiam incidentes indesejáveis. Estas falhas podem ser caracterizadas como ativas ou latentes, sendo as ativas aquelas relacionadas a más práticas profissionais, quebra de regras, omissões, etc. e as latentes, aquelas relacionadas a problemas da estrutura dos processos do sistema de saúde, que podem ter associação com o ambiente de trabalho, questões de formação profissional, ausência de treinamentos, sobrecargas e falhas de comunicação (REIS *et al.*, 2013).

Para que os objetivos relacionados à segurança do paciente sejam alcançados, é necessário que sejam implementadas mudanças no cotidiano de cuidado com a saúde, criando uma cultura de segurança, em que os erros devem ser encarados, como oportunidade de melhoria de processos e não como atos resultantes de falhas humanas (IOM, 2001).

Para Silva *et al.* (2016), as organizações precisam estruturar seus processos de forma segura, reduzindo as chances de erros por parte dos profissionais, para isso, é preciso que todos os aspectos sejam analisados e triados através do gerenciamento de riscos, para que se possa implementar ações preventivas e corretivas que contribuam com o sistema e diminuam a ocorrência de erros.

Diante do que já foi discutido, é inegável a atual preocupação com a segurança do paciente, contudo uma das grandes fragilidades desta temática está relacionada à tendência de responsabilização de pessoas. Busca-se encontrar um culpado pelo erro, e esta busca causa insegurança para as notificações, pois o medo de ações punitivas faz com que os profissionais recuem neste processo, prejudicando a análise de incidentes e a cultura de qualidade e segurança do paciente (REIS *et al.*, 2013).

Muitas vezes os profissionais não realizam as notificações de eventos adversos devido a sentimentos como vergonha, culpa e medo. Por isso, para se estabelecer uma cultura de segurança em uma instituição é necessário orientar os colaboradores que a finalidade das notificações é melhorar a segurança, tanto dos pacientes, quanto dos profissionais, não sendo caracterizada por ações punitivas (SILVA *et al.*, 2016).

Define-se por cultura de segurança o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos, individuais e coletivos dentro de uma organização hospitalar, em prol da qualidade da assistência ao paciente. O fortalecimento desta cultura de segurança é apontado na literatura como questão fundamental ao processo de melhoria contínua de uma instituição segura. Ressalta-se que para atingir este fortalecimento, aspectos como confiança, comunicação efetiva, percepção de segurança e implementação de medidas preventivas devem estar bem definidos (REIS *et al.*, 2013).

Para Pronovost *et al.* (2004), um dos aspectos iniciais para implementação de medidas de prevenção de eventos adversos é constituído pela avaliação da cultura de segurança organizacional, sendo que a partir desta avaliação são levantadas as percepções dos colaboradores sobre segurança do paciente, bem como seus comportamentos na prática assistencial que podem contribuir neste contexto. Através deste levantamento são identificadas as áreas mais complexas para que se possa implementar medidas preventivas.

Reis *et al.* (2013), aponta que na literatura a maioria dos estudos que investigam a cultura de segurança do paciente, utilizam questionários para coleta de dados, pelo fato deste instrumento conferir anonimato, ser de custo reduzido e extremamente eficaz para se levantar questões de segurança dentro das instituições.

Entre as questões levantadas sobre medidas que potencializam a segurança do paciente em instituições hospitalares, está o desenvolvimento de protocolos assistenciais que subsidiem a prática profissional.

Um protocolo de segurança amplamente conhecido é o protocolo de cirurgia segura, conhecido como checklist “cirurgias seguras salvam vidas”, este protocolo foi desenvolvido pela OMS, tendo por finalidade auxiliar as equipes operatórias na redução das ocorrências de danos ao cliente (BRASIL, 2013).

Para criação deste protocolo a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente contou com diversos profissionais de todo o mundo, os quais identificaram os itens de segurança que devem ser verificados para reforçar a segurança operatória, sendo passível sua aplicação em qualquer sala cirúrgica (GRIGOLETO *et al.*, 2013).

Neste contexto, a enfermagem é uma categoria essencial na elaboração e implementação de ações que visem à melhoria dos processos e a garantia da qualidade da assistência prestada, já que os profissionais da equipe de enfermagem encontram-se na linha de frente dos cuidados à saúde.

Corroborando com a afirmação acima, Silva *et al.* (2016) enfatiza que práticas de treinamento e capacitação das equipes são medidas importantes, mas que não produzem os resultados esperados quando realizadas isoladamente, portanto, profissionais de enfermagem tem incorporado estratégias no seu cotidiano profissional para reduzir a possibilidade de eventos indesejáveis, tais como a utilização de protocolos e ckeck lists voltados a suas intervenções, instrumentos estes que subsidiam uma prática profissional mais segura e eficiente, e, como maior qualidade para o paciente.

Atualmente, nem todos os setores de uma instituição hospitalar tem um protocolo de segurança próprio, pautado nas suas necessidades específicas. Percebe-se, por exemplo, a ausência de um protocolo de UTI segura, apesar deste ser um dos ambientes mais favoráveis a ocorrência de incidentes envolvendo a segurança do paciente.

Honório e Caetano (2009), enfatizam que a implementação de protocolos assistenciais tem subsidiado a prática profissional da enfermagem, proporcionando uma assistência mais qualificada, humanizada, eficaz e segura ao paciente.

A elaboração destes protocolos constitui um passo importante para se preencher as atuais lacunas existentes para o fortalecimento da cultura de segurança.

2.2 REVISÃO SISTEMÁTICA

A seguir será apresentado um artigo de revisão sistemática desenvolvido para subsidiar a construção do protocolo de UTI segura.

**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA- PANORAMA DE RISCOS POTENCIAIS
PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO SISTEMÁTICA**

**INTENSIVE THERAPY UNIT - POTENTIAL RISK PANORAMA FOR
PATIENT SAFETY: SYSTEMATIC REVIEW**

**UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA - PANORAMA DE RIESGOS
POTENCIALES PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE: REVISIÓN
SISTEMÁTICA**

Fabiane Frigotto de Barros¹

Elaine Ribeiro Rossi²

RESUMO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que objetivou conhecer os riscos para a qualidade e segurança do paciente em UTI inerentes a prática assistencial. A base de dados utilizada foi a Biblioteca Virtual em Saúde-BVS, com os descritores: UTI; segurança do paciente; riscos, totalizando 132 publicações. Os critérios de inclusão foram: artigos originais; ano de publicação de 2013 a 2017; texto completo disponível; idiomas: inglês, português e espanhol, resultando em 45 artigos. Após uma análise inicial da amostra foram excluídos 34 artigos, por não atenderem aos critérios de inclusão ou estarem repetidos, restando 11 artigos para amostra. Os riscos mais comuns observados na amostra estudada foram a tração não programada de dispositivos e os eventos relacionados à medicação, seguidos de lesões por pressão e perda da integridade da pele de maneira geral, infecções associadas à assistência à saúde, pneumonias associadas à ventilação-PAV, quedas, atrasos no atendimento ou não realização de exames e flebite. Já em relação às recomendações de ações preventivas tiveram destaque as ações de educação permanente e o desenvolvimento de uma cultura organizacional de segurança do paciente.

Palavras-chave: UTI; Segurança do paciente; Qualidade.

ABSTRACT

It is a systematic review of the literature, which aimed to know the risks to the quality and safety of the patient in the ICU inherent to the practice of care. The database used was the Virtual Health Library-VHL, with the descriptors: ICU; patient safety; totaling 132 publications. The inclusion criteria were: original articles; year of publication from 2013 to 2017; full text available; languages: English, Portuguese and Spanish, resulting in 45 articles. After an initial analysis of the sample, 34 articles were excluded because they did not meet the inclusion criteria or were repeated, leaving 11 articles for the sample. The most common risks observed in the studied sample were unscheduled traction of devices and medication-related events, followed by pressure lesions and loss of skin integrity in general, health care associated infections, pneumonia associated with VAP , falls, delays in attendance or non-performance of exams and phlebitis. Regarding the recommendations of preventive actions, the actions of permanent education and the development of an organizational culture of patient safety were highlighted.

Keywords: ICU; Patient safety; Quality.

RESUMEN

Se trata de una revisión sistemática de la literatura, que objetivó conocer los riesgos para la calidad y seguridad del paciente en UTI inherentes a la práctica asistencial. La base de datos utilizada fue la Biblioteca Virtual en Salud-BVS, con los descriptores: UTI; seguridad del paciente; riesgos, totalizando 132 publicaciones. Los criterios de inclusión fueron: artículos originales; año de publicación de 2013 a 2017; texto completo disponible; idiomas: Inglés, portugués y español, lo que resulta en 45 artículos. Después de un análisis inicial de la muestra fueron excluidos 34 artículos, por no atender a los criterios de inclusión o estar repetidos, quedando 11 artículos para la muestra. Los riesgos más comunes observados en la muestra estudiada fueron la tracción no programada de dispositivos y los eventos relacionados a la medicación, seguidos de lesiones por presión y pérdida de la integridad de la piel de manera general, infecciones asociadas a la asistencia a la salud, neumonías asociadas a la ventilación-PAV , caídas, retrasos en la atención o no realización de exámenes y flebitis. En relación a las recomendaciones de

acciones preventivas se destacaron las acciones de educación permanente y el desarrollo de una cultura organizacional de seguridad del paciente.

Palabras clave: UTI; Seguridad del paciente; Calidad.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a cada 10 pacientes, um é vítima de erros e eventos adversos evitáveis durante cuidados à saúde, em âmbito global (PERÃO et al., 2017). Padilha et al., (2015), definem a segurança do paciente como “a redução do risco de danos desnecessários durante os processos assistenciais e uso das boas práticas para alcançar os melhores resultados para o cuidado de saúde”.

A ocorrência de iatrogenias na assistência à saúde traz sérios riscos à vida dos pacientes, inquietando os profissionais de saúde, quanto à prática de uma assistência livre de danos, essa preocupação é crescente, pois estudos ainda não identificam uma abordagem específica voltada aos desafios sobre segurança em enfermagem (BARBOSA et al., 2014).

Neste contexto, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem um papel de destaque, pois como se trata de ambiente de tratamento ao paciente crítico, é considerada um dos cenários mais propício à ocorrência de eventos adversos graves.

As condições clínicas instáveis do paciente de UTI, onde mudanças orgânicas sutis podem levar à grave deterioração de funções orgânicas, constitui um risco aumentado para ocorrência de eventos adversos, que além de indesejáveis, são extremamente prejudiciais, sendo importante o entendimento sobre os riscos inerentes a assistência e ao contexto no qual ela ocorre (BARBOSA et al., 2014).

Corroborando com esta afirmação, Padilha et al. (2015), afirmam que os pacientes internados em UTI são mais vulneráveis à ocorrência de incidentes, pois dependem de uma assistência complexa e mais suscetível a falhas.

Machado et al. (2008) ressaltam que erros relacionados à assistência representam uma triste realidade e sérias consequências para os pacientes,

suas famílias, para os profissionais e para instituição hospitalar. Desta forma, faz-se necessário que a equipe de saúde amplie sua visão sobre questões de segurança do paciente, buscando constante atualização sobre as atividades de sua responsabilidade e sobre questões relacionadas a organização do ambiente ocupacional, bem como conhecimento técnico sobre medicações e farmacologia, e sobre suas praticas assistenciais, para promoção de um cuidado seguro e responsável.

No estudo realizado por Barbosa et al. (2014), para investigar boas práticas em UTI, é evidenciado falhas em diversos níveis do cuidado ao paciente, apesar de grande parte de seus resultados demonstrarem alto índice de adesão aos cuidados, observaram-se falhas quanto as medidas de conforto e higiene do paciente, principalmente em relação à mudança de decúbito, problemas na identificação de dispositivos, como baixa identificação de bombas infusoras, riscos relacionados a infecção hospitalar, devido falhas na identificação de dispositivos, tais como equipos sem data, falhas na fixação de sondas vesicais de demora, etc.

Quanto a estas características profissionais que podem estar associadas a maior probabilidade de erros, fica claro na literatura, alguns aspectos relacionados à equipe de enfermagem, tais como a carga de trabalho, características do ambiente ocupacional, questões organizacionais como a cultura de segurança da instituição, a satisfação do profissional quanto a realização de suas atividades, a sobrecarga de estresse e ate mesmo a síndrome de burnout (PADILHA et al., 2015).

A segurança do paciente está diretamente associada ao processo de trabalho, correlacionando-se com a forma como o profissional de saúde realiza seu trabalho cotidiano (ALVES, 2013).

Barbosa et al. (2014), também destacam que os cuidados intensivos praticados em UTI, não se embasam apenas no emprego de tecnologias, e sim no processo de tomada de decisão dos profissionais envolvidos nestes cuidados, com destaque para o enfermeiro. Também é importante ressaltar a importância da compreensão das condições físicas e psicológicas dos pacientes, para promoção de uma assistência segura e de qualidade.

Perão et al., (2017) propõem uma reflexão sobre a teoria de Wanda Horta, com os 10 passos para segurança do paciente, citando a identificação

do paciente, as práticas de higiene das mãos, a conexão correta de cateteres e sondas, a cirurgia segura, a administração segura de hemocomponentes, a prevenção de quedas e de lesões por pressão, a segurança no uso de tecnologias, a comunicação efetiva e o envolvimento do paciente em sua própria segurança, como questões fundamentais a segurança do paciente em terapia intensiva. Além disso, correlaciona estes aspectos com questões relacionadas ao profissional que presta os cuidados em UTI.

De acordo com Oliveira et al. (2014), a organização do trabalho da equipe de enfermagem está diretamente relacionada com a ocorrência de eventos adversos a pacientes críticos e cita o dimensionamento de pessoal, como uma importante estratégia de promoção do cuidado seguro e de qualidade.

Outra importante questão a ser abordada é o papel do gerenciamento de riscos, onde se ressalta a importância da efetivação de ações preventivas, através do estudo dos riscos relacionados a assistência a saúde e seus possíveis danos. Enfatiza-se que como o profissional enfermeiro passa muito tempo em contato com o cliente, é um dos principais profissionais para identificação e gestão de riscos (SILVA et al., 2018).

Oliveira et al. (2014) destacam a importância da comunicação efetiva, entre a equipe de saúde, desde a identificação do risco até a ocorrência de eventos adversos e incidentes críticos, em todos os níveis de gravidade e complexidade, estimulando a notificação dos riscos e/ou incidentes, a discussão de suas causas e a demonstração das medidas implementadas para o seu tratamento.

A compreensão da relação que se dá entre a assistência a saúde e os riscos inerentes a suas práticas, pode subsidiar condutas para melhoria dos cuidados a saúde. Desta forma, é importante entender a percepção dos profissionais que trabalham na assistência direta sobre os riscos relacionados aos seus cuidados, para que a partir desta compreensão busque-se a articulação entre as instituições hospitalares, a promoção de ações de educação em saúde e a redução da mortalidade associada a eventos adversos graves. (OLIVEIRA et al., 2014).

Diante das questões levantadas acima, surgiu a seguinte questão de pesquisa: “Quais são os riscos para qualidade e segurança do paciente, internado em unidade de terapia intensiva, inerentes à prática assistencial?”.

Objetivos:

- Conhecer os riscos para a qualidade e segurança do paciente em unidade de terapia intensiva inerentes a pratica assistencial;

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura.

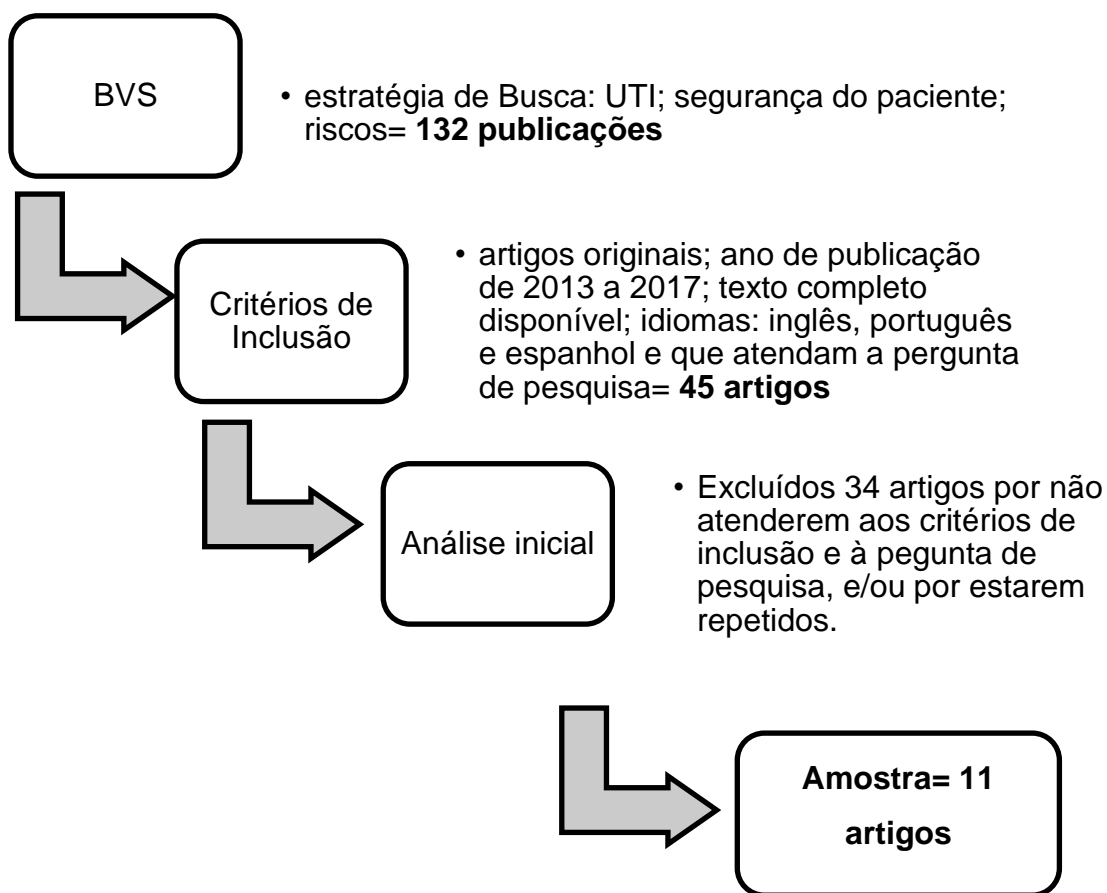
Esta revisão foi submetida à plataforma PROSPERO e aprovada com o seguinte número de registro: **42019108255**.

A base de dados consultada foi a Biblioteca Virtual em Saúde-BVS. Foram utilizados os seguintes descritores como estratégia de busca: UTI; segurança do paciente; riscos. O resultado da busca inicial foi de 132 publicações. Em seguida foram aplicados os seguintes filtros: artigos originais; ano de publicação de 2013 a 2017; texto completo disponível; idiomas: inglês, português e espanhol. Após a aplicação dos filtros descritos acima o resultado foi de 45 artigos.

Em continuidade, com o objetivo de conferência das partes integrantes e essenciais de uma revisão sistemática, os pesquisadores analisaram os 27 itens do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis Statement).(MOHER, 2015)

Em uma análise inicial da amostra foram excluídos 20 artigos, 1 por se tratar de artigo de revisão sistemática, 1 de revisão narrativa, 1 relato de experiência, 2 por estarem repetidos, 10 por não apresentarem relação com o tema do estudo e 6 por enfatizarem UTIs pediátricas e neonatais. Em seguida, 13 foram excluídos por não estarem disponíveis na íntegra, restando 11 artigos para amostra, conforme está demonstrado no Fluxograma 1.

Fluxograma da Estratégia de Busca



Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Na sequência foi construída uma tabela, com análise por pares, em que as pesquisadoras responsáveis analisaram individualmente e imparcialmente a amostra coletada, diminuindo os riscos de viés. Os dados analisados estão apresentados a seguir.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quadro 1- Categorização da amostra quanto ao título, pergunta de pesquisa/justificativa e objetivos

N	Título	Autores	Pergunta de pesquisa/ justificativa	Objetivos
1	Impactos e fatores determinantes no <i>bundle</i> de pneumonia associada à ventilação mecânica	Rodrigues et al., (2016)	Devido ao pouco tempo disponível da equipe local em analisar os impactos, os fatores que podem influenciar o cumprimento das medidas e a necessidade de retorno aos profissionais a unidade, buscou-se realizar este presente estudo	avaliar os impactos e fatores determinantes no cumprimento do <i>bundle</i> para redução da pneumonia associada a ventilação mecânica.
2	Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos	Toffoletto et al.,(2016)	Investigar a ocorrências de eventos adversos tendo em vista o envelhecimento da população e o aumento do uso de recursos de saúde mais complexos.	identificar os fatores relacionados a ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos internados em Unidade de Terapia Intensiva segundo características demográficas e clínicas
3	Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo	Roque e Melo, (2016)	Dada a escassez de estudos de caráter longitudinal direcionados à investigação de incidentes relacionados à segurança do paciente, particularmente, aqueles que resultaram em dano, e a vulnerabilidade de pacientes graves aos eventos adversos na terapia intensiva, considera-se fundamental a avaliação do perfil de pacientes e do tipo de dano decorrente da assistência.	avaliar a ocorrência de eventos adversos e o impacto deles sobre o tempo de permanência e a mortalidade na unidade de terapia intensiva (UTI)
4	Facilitated Nurse Medication-Related Event Reporting to Improve Medication Management Quality and Safety in Intensive Care Units	Xu et al., (2017)	A segurança de medicamentos representa um desafio constante para os enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva complexas e de ritmo acelerado. Estudar o gerenciamento de medicamentos das enfermeiras de UTI - especialmente os eventos relacionados a medicamentos (MREs) - fornece uma abordagem para analisar e melhorar a segurança e a qualidade dos medicamentos	explorar a utilidade do relato facilitado do MRE na identificação de deficiências do sistema e relação entre as MREs e o trabalho dos enfermeiros nas UTIs.
5	Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva de acordo com a	Perão et al., (2017)	Não identificada	Refletir sobre a segurança do paciente em Unidade de Terapia

	teoria de Wanda Horta			Intensiva associada à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta
6	Busca ativa contribui na identificação de eventos adversos e incidentes em unidade de terapia intensiva	Santos et al., (2017)	Quais são os eventos/incidentes que acometem pacientes internados na UTI de um hospital geral vinculado à rede sentinela e, quantos foram identificados por meio da busca ativa?	Analisar eventos adversos e incidentes ocorridos na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário e, verificar qual a parcela de contribuição da busca ativa na identificação das ocorrências.
7	Case-control Study on Risk Factors of Unplanned Extubation Based on Patient Safety Model in Critically Ill Patients with Mechanical Ventilation	Kwon e Choi, (2017)	A maioria dos estudos anteriores sobre extubação não planejada não focado no sistema de trabalho da UTI (...). É necessária uma abordagem de engenharia de sistemas para avaliar o impacto de a qualidade do atendimento.	identificar fatores de risco de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva (UTI), para pacientes com ventilação mecânica, usando um modelo de segurança do paciente
8	Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas	Schmonke et al., (2016)	A escolha pelo ambiente da terapia intensiva pauta-se na peculiaridade dessas unidades que em virtude da gravidade dos pacientes, exige ações rápidas, efetivas e isentas de risco. Para que isso ocorra é necessária, a atuação de equipes preparadas para esse fim, inseridas em um contexto organizacional que priorize a segurança do paciente.	caracterizar a cultura de segurança de instituições hospitalares, na percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas.
9	Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva	Lima e Barbosa, (2015)	Não identificada	Avaliar a qualidade assistencial e segurança do paciente por meio da ocorrência de eventos adversos
10	Marcadores inflamatórios e perfusionais como preditores e fatores de risco para readmissão de pacientes gravemente enfermos	Santos et al., (2014)	Não identificada	Avaliar o desempenho da saturação venosa central, lactato, déficit de bases, níveis de proteína C-reativa, escore SOFA e SWIFT do dia da alta da unidade de terapia intensiva

				como preditores para readmissão de pacientes na unidade de terapia intensiva.
11	Mortality among Patients with Nosocomial Infections in Tertiary Intensive Care Units of Sahloul Hospital, Sousse, Tunisia	Rejeb et al., (2016)	As infecções nosocomiais são problemas de saúde pública associados à alta mortalidade nas unidades de terapia intensiva.	determinar a mortalidade associada à infecção nosocomial em unidades de terapia intensiva tunisianas e identificar seus fatores de risco

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Quadro 2- Categorização da amostra quanto ao método e resultados

N	Método	Resultados e Conclusões
1	estudo longitudinal retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa	Observou-se aumento na incidência de PAV após implementação do <i>bundle</i> ; os patógenos prevalentes foram bactérias gram-negativas. Os óbitos foram iguais ou maiores a 50%. As mudanças de profissionais e a falta de insumos foram fatores determinantes. Ressalta-se a necessidade de qualificação permanente da equipe, com o propósito de favorecer a adesão ao protocolo e prevenir a PAV.
2	estudo de coorte retrospectivo	do total de 315 idosos, 94 sofreram eventos. Os que sofreram eventos eram homens (60,6%), com média de idade de 70,7 anos, permanência de 10,6 dias e sobreviventes (61,7%). Dos 183 eventos, houve predomínio do tipo processo clínico e procedimento (37,1%). Houve associação entre evento adverso e tempo de permanência na unidade ($p=0,000$; $OR=1,10$; $IC95\%=[1,06;1,14]$). Conclusão: a identificação dos eventos e fatores associados no idoso subsidiam a prevenção dessas ocorrências perante as vulnerabilidades dessa faixa etária.
3	Estudo de coorte prospectivo	Confirmados 324 eventos adversos em 115 pacientes internados ao longo de um ano de seguimento. A taxa de incidência foi de 9,3 eventos adversos por 100 pacientes-dia, e a ocorrência de evento adverso impactou no aumento do tempo de internação (19 dias) e na mortalidade ($OR = 2,047$; $IC95\%: 1,172-3,570$). Este estudo destaca o sério problema dos eventos adversos na assistência à saúde prestada na terapia intensiva e os fatores de risco associados à incidência de

		eventos.
4	Estudo observacional	Os eventos relacionados a medicação (ERM) foram relatados em 35% das observações. O total de 60 ERM incluiu quatro erros de medicação e sete eventos com medicamentos. Das 49 ERM restantes, 65% foram associadas a impacto negativo no paciente. As deficiências de tarefas / processos foram o fator contribuinte mais comum para ERM. A ocorrência de ERM foi correlacionada com o aumento do volume total de tarefas. ERM também correlacionados com o aumento da carga de trabalho, especialmente durante turnos noturnos. A maioria desses ERM não seria capturada pelos sistemas tradicionais de relatório de eventos. Relatório facilitado de ERM fornece uma fonte robusta de informações sobre possíveis falhas na segurança do gerenciamento da informação e oportunidades para melhoria do sistema.
5	Ensaio reflexivo	Elaboração de um quadro contendo a relação da Cartilha 10 Passos para Segurança do Paciente com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Após a reflexão teórica, concluiu-se que existe conexão entre as necessidades básicas de Wanda Horta com os 10 Passos para a Segurança do Paciente, o que nos leva a inferir que a implementação adequada desta teoria sustenta um cuidado livre de riscos.
6	Estudo retrospectivo, documental de natureza quantitativa.	Registrou-se 253 eventos/incidentes, dos quais 239 (94%) foram identificados pela busca ativa. Lesão por pressão foi o incidente com maior frequência (n=88; 34,78%) e acometeu maior número de pacientes (n=54; 48,9%). Constatou-se, que 136 (53,8%) eventos/incidentes foram de grau leve. Conclusão: A busca ativa se mostrou uma estratégia gerencial que corroborou de maneira substancial à identificação das situações de risco no âmbito da unidade de terapia intensiva.
7	Estudo caso-controle	Os enfermeiros da UTI devem ser capazes de reconhecer os fatores de risco da extubação não planejada, os componentes do modelo de segurança, de modo a melhorar a segurança do paciente, minimizando o risco de extubação.
8	pesquisa quantitativa, exploratória, com delineamento descritivo.	Os resultados obtidos, neste estudo, apontam que as atitudes acerca da cultura de segurança, na percepção dos respondentes, podem ser visualizadas sob a ótica de quatro constructos: promoção da segurança do paciente em nível organizacional; segurança no cuidado ao paciente; prevenção de erros como prioridade organizacional; e percepção de riscos e erros que ocorrem na organização.
9	Estudo descritivo, quantitativo	Das notificações realizadas, 17 (54,8%) foram para perda de sonda gastroenteral, 8 (25,8%) para úlcera por pressão, 3 (9,7%) para perda de cateter venoso central e

		3 (9,7%) para extubação acidental. Dos riscos observados, 74 (54%) foram para úlcera por pressão, 32 (23,4%) para perda de sonda gastrointestinal, 22 (16%) para perda de cateter venoso central e 9 (6,6%) para extubação acidental. Evidenciou-se a importância no monitoramento dos eventos por meio da aplicação de indicadores de qualidade com o intuito de melhoria da segurança e assistência ao paciente.
10	Estudo prospectivo observacional	A proteína C-reativa, a saturação venosa central, o déficit de bases, o lactato, os escores SOFA e o SWIFT não foram associados à readmissão de pacientes graves. Pacientes mais idosos e a necessidade de isolamento de contato devido a germes multirresistentes foram identificados como fatores de risco independentemente associados à readmissão na população estudada. Conclusão: Os parâmetros inflamatórios e perfusionais não foram associados à readmissão. Idade e necessidade de isolamento de contato devido a germes multirresistentes foram identificados como preditores para readmissão na unidade de terapia intensiva.
11	Estudo de coorte prospectivo	A taxa é relativamente alta. É preciso melhorar os cuidados a pacientes traumatizados e intensificar a luta contra infecções nasocomiais, especialmente a bacteremia.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Percebe-se através da análise dos quadros 1 e 2, que a produção científica a respeito da qualidade e segurança do paciente internado em unidade de terapia intensiva é vasta e diversificada, tanto na metodologia empregada, quanto na abordagem.

Em relação à abordagem, nota-se preocupação nos artigos analisados, em levantar e classificar os maiores riscos e eventos ocorridos em UTI, bem como estudar a consequência dos mesmos sobre a taxa de mortalidade dos pacientes, além de tempo de internação e gastos relacionados, como apontados nos artigos de Toffoletto et al.(2016), Roque et al.(2016) e Lima e Barbosa (2015).

Também é notável a preocupação quanto à implementação de medidas preventivas e minimização de riscos, onde são citadas a implementação de “bundles”, ações de educação permanente, aprimoramento das formas de notificação e busca ativa e desenvolvimento de uma cultura de segurança organizacional, como citam, respectivamente Rodrigues et al., 2016, Santos et al., 2017 e Schmonke et al., 2016.

No quadro 3 a seguir são demonstrados os enfoques principais das publicações que compuseram a amostra em estudo.

Quadro 3- Distribuição conforme enfoque principal da publicação

Enfoque	Autores	N	%
EA relacionados à ventilação mecânica: Enfoque em PAV e extubação acidental	RODRIGUES et al., (2016) Kwon e Choi, (2017)	2	18%
Abordagem da segurança do paciente em UTI de maneira geral: Investigação de fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes críticos e suas consequências, utilização da incidência de EA como indicador de qualidade	TOFFOLETTO et al., (2016) ROQUE e Melo, (2016) Perão et al., (2017) Lima e Barbosa, (2015)	4	36%
Eventos relacionados à medicação	Xu et al., (2017)	1	9%
Investigação da busca ativa como estratégia de notificação de EA em UTI	Santos et al., (2017)	1	9%
Percepção dos profissionais de UTI sobre cultura de segurança	Schwonke et al., (2016)	1	9%
Risco de readmissão em UTI	Santos et al., (2014)	1	9%
Infecção nasocomiais em UTI	Rejeb et al., (2016)	1	9%

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No quadro 3, observa-se que em relação ao tema central dos artigos, prevaleceram os que abordam a segurança do paciente internado em UTI de

maneira mais ampla, representando 36% da amostra (4 artigos) e incluindo investigações de fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes críticos e suas consequências e a utilização dos dados sobre a incidência de EA como indicador de qualidade da unidade.

Os eventos adversos relacionados à ventilação mecânica, como foco principal da publicação compuseram 18% da amostra (2 artigos) e incluem a investigação de fatores de risco para pneumonias associadas a ventilação-PAV e as extubações acidentais. Compondo 9% da amostra (1 artigo) aparecem os eventos relacionados a medicação em UTI.

Representando 9% da amostra (1 artigo), também foram abordados como tema central das publicações a investigação da busca ativa como estratégia de notificação de EA em UTI, a percepção sobre profissionais atuantes em UTI a respeito da cultura de segurança, o risco de readmissão dos pacientes em UTI como marcador de qualidade e segurança do paciente e, as infecções relacionadas a assistência a saúde de maneira geral.

No que diz respeito aos riscos, propriamente ditos, considerados inerentes a internação em UTI, e que se mostram mais prevalentes na literatura, foi construída a tabela a seguir.

Quadro 4- Principais riscos relacionados ao paciente em internamento em UTI, classificados por distribuição de frequência, autores, ano e intervenções recomendadas

Risco	N de artigos em que foi citado	%	Autores e ano	Intervenções recomendadas
PAV	2	18%	RODRIGUES et al., (2016) ROQUE e MELO, (2016)	Educação Permanente; Avaliação de sedação; Manter cabeceira elevada; Cuidados com dieta enteral; Manutenção da pressão do balonete; Higiene oral adequada; Sistemas de busca ativa e conscientização para notificação voluntária.
Tração de dispositivos não programada (drenos, sondas, cateteres e tubo orotraqueal)	5	45%	TOFFOLETTO et al., (2016) ROQUE e MELO, (2016) SANTOS et al., (2017) KWON e CHOI, (2017) LIMA e BARBOSA, (2015)	Educação Permanente; Redução do tempo de permanência em UTI; Dimensionamento adequado da equipe de enfermagem; Avaliação de delirium em UTI; Avaliação de sedação; Cuidados em relação a contenções; Fixação adequada de dispositivos; Promoção de conforto ao paciente; Controle adequado da dor; Sistemas de busca ativa e conscientização para notificação voluntária.
Não realização de exames e Atraso no atendimento	2	18%	TOFFOLETTO et al., (2016) SANTOS et al., (2017)	Dimensionamento adequado da equipe de enfermagem; Sistemas de busca ativa e conscientização para notificação voluntária.
Lesão por pressão-LPP e outras situações que envolvem perda de integridade da pele (ex.;	4	36%	TOFFOLETTO et al., (2016) ROQUE e MELO, 2016 SANTOS et al., (2017) LIMA e BARBOSA, (2015)	Educação Permanente; Redução do tempo de permanência em UTI; Dimensionamento adequado da equipe de enfermagem; Mudança de decúbito; Hidratação da pele; Suporte nutricional; Sistemas de busca ativa e conscientização para notificação voluntária.

deiscência de ferida operatória)				
Eventos relacionados a medicação	4	36%	TOFFOLETTO et al., (2016) ROQUE e MELO, (2016) Xu et al. (2017) SANTOS et al. (2017)	Dimensionamento adequado da equipe de enfermagem; Atenção a polifarmácia; Manejo de tecnologias; Sistemas de busca ativa e conscientização para notificação voluntária.
Infecção associada aos cuidados a saúde	3	27%	ROQUE e MELO, (2016) SANTOS et al., (2014) REJEB et al., (2016)	Educação permanente; Efetividade do protocolo de higiene das mãos; Troca de dispositivos de maneira estéril e conforme validade determinada; Redução do tempo de permanência em UTI; Dimensionamento adequado da equipe de enfermagem; Sistemas de busca ativa e conscientização para notificação voluntária.
Queda	2	18%	PERÃO et al., (2017) SANTOS et al., (2017)	Redução do tempo de permanência em UTI; Dimensionamento adequado da equipe de enfermagem; Avaliação de delirium em UTI; Avaliação de sedação; Cuidados em relação a contenções; Controle adequado da dor; Sistemas de busca ativa e conscientização para notificação voluntária.
Flebite	1	9%	SANTOS et al., (2017)	Educação Permanente; Efetividade do protocolo de higiene das mãos; Troca de dispositivos de maneira estéril e conforme validade determinada; Redução do tempo de permanência em UTI; Dimensionamento adequado da equipe de enfermagem; Sistemas de busca ativa e conscientização para notificação voluntária.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Como evidenciado no quadro 4, a tração não programada/acidental de dispositivos, como sondas, drenos e cateteres está presente em 45% da amostra estudada (5 artigos), sendo um dos eventos adversos mais comuns no internamento em UTI, seguido dos eventos relacionados à medicação, citados em 36% da amostra (4 artigos) e das lesões por pressão e outras formas de perda da integridade da pele, constituindo o segundo tipo de evento mais prevalente na amostra estudada, representando 36% (4 artigos).

As infecções relacionadas à assistência a saúde também foram bastante prevalentes nos artigos analisados e foram abordadas de duas maneiras distintas, 18% da amostra (2 artigos) focaram especificamente nas pneumonias associadas à ventilação mecânica- PAV e 27% (3 artigos) citam infecções nosocomiais de maneira geral.

As quedas foram relatadas em 18% da amostra (2 artigos), em outros 18% (2 artigos) foram considerados como eventos adversos a não realização de exames e o atraso no atendimento a pacientes. Em 9% (1 artigo) foi citada a flebite como evento adverso prevalente em pacientes internados em UTI.

Em relação aos fatores de risco para os eventos considerados como mais prevalentes em pacientes internados em UTI, são citados na amostra estudada o dimensionamento e a carga de trabalho da equipe de enfermagem, a polifarmácia empregada a pacientes críticos, a qualificação inadequada e ausência de educação permanente para as equipes multiprofissionais, a falta de insumos, a avaliação inadequada do delirium, a avaliação e manutenção inadequada das sedações, o controle inadequado da dor e falhas na promoção do conforto do paciente, falhas relacionadas a fixação de dispositivos, cuidados inadequados com a pele, falhas no protocolo de higiene das mãos e nas práticas assépticas que impreterivelmente devem ser empregadas para procedimentos específicos e as fragilidades relacionadas a cultura de segurança organizacional.

A partir do levantamento destes fatores de risco através da análise dos artigos, foi construída a coluna de Intervenções Recomendadas, também contida no quadro 4, onde estão descritas as intervenções preventivas específicas para cada tipo de evento adverso.

Ressalta-se que muitas intervenções são relacionadas a medidas assistenciais voltadas ao cuidado com o paciente crítico, e outras, dizem respeito à equipe multiprofissional de saúde, envolvendo questões de dimensionamento, educação permanente, análise de comportamentos, desenvolvimento de competências e aprimoramento de uma cultura de segurança organizacional.

Os resultados desta revisão apontam que os eventos adversos mais comuns em UTI são a tração não programada de dispositivos, como sondas, cateteres e drenos e os eventos relacionados à medicação.

De acordo com Pereira et al., (2013) as causas mais frequentes da retirada não programada de sondas de alimentação são: retirada pelo próprio paciente, onde há correlação com estados de delirium e cognição do paciente crítico e a obstrução da sonda. Ressalta-se que os eventos em que o próprio paciente sacou a sonda representaram 50% da amostra do referido estudo.

Quanto à extubação acidental, Ramalho et al., (2014) correlacionam este tipo de evento a alguns procedimentos de rotina realizados pela equipe de enfermagem, tais como banho no leito, troca de fixações, mudança de decúbito e o transporte intra-hospitalar. Já Kwon e Choi (2017), associam a extubação acidental a fatores de risco categorizados como pessoas, tecnologias, tarefas, fatores ambientais e organizacionais, destacando as condições de delirium do paciente, controles inadequados da dor e de níveis de sedação e o dimensionamento inadequado dos períodos noturnos.

O Delirium é uma disfunção orgânica frequentemente observada em UTIs, que pode ter como consequência, em longo prazo, déficits funcionais e cognitivos importantes ao paciente. Sua incidência pode variar entre 5 e 92% na literatura, de acordo com diferenças nas populações estudadas, e esta condição relaciona-se ao aumento da mortalidade, prolongamento da internação e do tempo de uso da ventilação mecânica (CARVALHO et al., 2013).

Corroborando com tal informação, os resultados deste estudo apontam que a correta avaliação do delirium, associada ao controle efetivo da dor e dos níveis de sedação, e a promoção do conforto do paciente internado em UTI, contribui para a prevenção de eventos adversos.

Ainda a respeito da avaliação do delirium é importante ressaltar que esta condição frequentemente associa-se como fator de risco para quedas no ambiente hospitalar, tipo de evento adverso que representou 17% da amostra estudada. As quedas em ambiente hospitalar agravam os problemas de saúde e tem como consequências traumas, retirada não programada de dispositivos, alterações emocionais, piora clínica, sarcopenia, osteopenia, déficits cognitivos e até mesmo óbito (MARINHO et al., 2017).

Os resultados da pesquisa de Versa et al., (2011) apontam que incidentes como infecções, quedas, PAV e extubação estão relacionados, entre outros fatores ao quantitativo da equipe de enfermagem, o que levanta a necessidade de discussão sobre a importância do dimensionamento de equipes para a segurança do paciente crítico.

Paiva et al., (2010) relacionam a ocorrência de quedas intra-hospitalares a fatores internos e externos, sendo exemplos de fatores internos as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, patologias de base, fatores psicológicos, entre os quais está o delirium, efeitos de medicações, entre outros. Como fatores externos destacam-se os comportamentos das equipes que prestam atendimento, onde as questões de quantitativo e qualificação profissional são significativas.

Também foram citados, em menor proporção, os riscos de não realização de exames e de atraso no atendimento ao paciente crítico, que foram atribuídos ao dimensionamento dos profissionais da assistência, os quais podem comprometer ainda mais o estado de saúde do cliente (SANTOS et al., 2017).

Em relação aos eventos adversos relacionados à medicação, os resultados do presente estudo também corroboram com evidências apontadas na literatura, onde o relato deste tipo de evento é bastante frequente. A pesquisa realizada por Beccaria et al., (2009) mostrou que dos eventos adversos na assistência de enfermagem em UTI analisados, a maioria era relacionada à medicamentos e falhas nas anotações de enfermagem sobre administração de medicações.

Corbellini et al., (2011) enfatizam que erros na administração de medicamentos tem como consequências o aumento de tempo de internação hospitalar, a necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e até

mesmo a morte. Ressaltam ainda, que a subnotificação deste tipo de evento é um grande problema que pode levar a repetição do erro, e que esta associada à cultura de punição e não de educação para prevenção de novos eventos.

Para OMS, evento adverso relacionado à medicação é qualquer ocorrência desfavorável durante o tratamento com determinado medicamento, sem que necessariamente, possua relação causal com o tratamento (WHO, 2002). Podem acontecer em decorrência de “falhas na prescrição, comunicação, etiquetagem, envasamento, denominação, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, seguimento e utilização” (LOURO et al., 2007).

Roque e Melo (2012) apontam para uma grande variação da frequência de eventos relacionados à medicação na literatura brasileira, relacionada à natureza e complexidade das técnicas de identificação e nas estimativas de eventos. Os mesmos autores destacam como fatores de risco para ocorrência deste tipo de eventos a idade avançada, polifarmácia, comorbidades e ilegibilidade de prescrições.

Quanto a polifarmácia em UTI, Gimenes e Cassiani (2013) destacam que pacientes internados nestas unidades recebem cerca de 178 intervenções por dia, sendo que destas 1% envolve erros de medicação. Roque e Melo (2016) afirmam que os resultados de seu estudo apontaram como consequências de erros de medicação em UTI, as situações de hipotensão e hipoglicemia ao paciente.

O terceiro tipo de evento mais presente na amostra estudada foram as lesões por pressão. Este tipo de dano ao paciente é comumente citado na produção científica brasileira acerca de qualidade e segurança do paciente.

Na pesquisa de Moreira et al., (2015) as lesões por pressão também ocuparam o terceiro lugar nos tipos de eventos adversos mais frequentes. Já os resultados do estudo de Novaretti et al., (2014) evidenciaram que as lesões por pressão, dermatites e assaduras compuseram o tipo de evento adverso mais detectado relacionado à equipe de enfermagem, corroborando com os estudos de Santos et al., (2017), em que lesão por pressão foi o incidente com maior frequência (n=88; 34,78%), assim como no de Lima e Barbosa (2015), com 74 eventos (54% da amostra).

Roque e Melo (2016) também demonstram resultados alarmantes quanto à incidência de lesões por pressão, onde 156 eventos adversos, compondo 48,2% de sua amostra estavam relacionadas às lesões por pressão.

Observou-se também grande incidência de eventos adversos relacionados a infecções associadas à assistência a saúde (25%), onde a PAV ocupou lugar de destaque (17%) e foi abordada de maneira individual. As infecções relacionadas à assistência constituem um sério risco aos pacientes hospitalizados, sendo sua prevenção de suma importância para melhorar a qualidade da assistência. Dentre estas infecções a PAV é a que mais acomete pacientes críticos submetidos à internação em unidades de terapia intensiva. As causas mais comuns são de origem aspirativa, relacionadas a secreções de vias aéreas superiores, inoculação exógena de materiais contaminados e refluxo gastrointestinal, além de reintubações e tempo prolongado de ventilação mecânica (RODRIGUES et al., 2016).

Além disso, Kwon e Choi (2017), ao abordarem eventos adversos relacionados à extubação acidental também evidenciam o maior risco de PAV.

Quanto aos outros tipos de infecções relacionadas à assistência a saúde foram citadas as infecções primárias de corrente sanguínea, infecção de cateter central e infecção de sítio cirúrgico, contudo, em menor proporção.

Também houve ênfase em um artigo, em se discutir os riscos para readmissão do paciente em UTI, onde foram evidenciados como fatores de risco para readmissão a idade avançada e a colonização ou infecção por microrganismos multirresistentes, demonstrando mais uma vez as consequências negativas sobre o tratamento do paciente relacionadas às infecções nosocomiais (SANTOS et al., 2014).

Já as flebites, apesar de ocuparem o último lugar, (1 artigo) 8% nos resultados desta revisão, foram um tipo de evento enfatizado por Santos et al., (2017) pois o autor ressalva que esta é uma complicação da terapia intravenosa que relaciona-se diretamente com os cuidados de enfermagem, sendo necessário intensificar ações de prevenção e identificação precoce deste tipo de evento, o que pode ser realizado por meio da educação permanente dos profissionais.

Quanto às medidas de prevenção de EA em UTI, a educação permanente teve destaque entre as recomendações dos artigos analisados na

amostra. A respeito desta questão, Schmonke et al. (2016), afirmam que grande parte das iatrogenias acontecem devido falhas humanas, por isso as ações de educação permanente devem ser intensificadas para constituírem barreiras contra os erros relacionados a ocorrência de eventos adversos.

Lima e Barbosa (2015) também discorrem sobre a importância da educação permanente, afirmando que se devem incluir boas práticas baseadas em evidências e realização de treinamentos com todos os profissionais envolvidos no cuidado para se melhorar a segurança do paciente.

Também são destacadas como medidas preventivas a busca ativa de EA e o desenvolvimento de uma cultura de segurança organizacional. De acordo com Santos et al. (2017), as notificações devem ser estimuladas, pois através delas é possível a realização de um planejamento mais seguro para as ações assistenciais de cuidados com a saúde, baseados nos fatos indesejados que aconteceram na instituição e foram notificados. Contudo, a subnotificação ainda é uma grande aresta a ser aparada para segurança do paciente e qualidade das instituições, pois a cultura de punição, infelizmente, ainda se faz muito presente.

CONCLUSÕES

Com a realização desta revisão sistemática foi possível atingir o objetivo de conhecer os riscos para a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados em UTIs evidenciados na literatura. Além disso, também foi possível conhecer as recomendações de ações preventivas para evitar tais iatrogenias.

Os riscos mais comuns observados na amostra estudada foram: tração não programada de dispositivos e os eventos relacionados à medicação, seguidos de lesões por pressão e perda da integridade da pele de maneira geral, infecções associadas à assistência a saúde, pneumonias associadas à ventilação-PAV, quedas, atrasos no atendimento ou não realização de exames e flebite. Já em relação às recomendações de ações preventivas tiveram destaque as ações de educação permanente e o desenvolvimento de uma cultura organizacional de segurança do paciente.

Acredita-se que com este levantamento, seja possível estruturar um protocolo que possibilite a qualquer Unidade de Terapia Intensiva realizar a

gestão de risco, principalmente ao considerar o desenvolvimento tecnológico acelerado e os novos desafios da saúde.

Necessário se faz refletir sobre as ações estratégicas para atuação preventiva, erradicando assim, em grande medida, eventos adversos e perdas. O foco é no humano, com qualidade e segurança.

REFERÊNCIAS

ALVES EF. O Cuidador de Enfermagem e o cuidar em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Cient Ciênc Biol Saúde**. 2013; v.15, n.2, p.:115-22.

BECCARIA LM, PEREIRA RAM, CONTRIN LM, LOBO SMA, TRAJANO DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2009; v.21, n.3, p.:276-282.

BARBOSA, T. P. et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 243–248, 2014.

CARVALHO JPLM, ALMEIDA ARP, FLORES DG. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2013; v.25, n.2, p.:148-154.

CORBELLINI VL, LORE SCHILLING, MC, FRANTZ, SF, GONÇALVES TG, URBANETTO, JS. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p.: 241-247, 2011.

GIMENES FRE, CASSIANI SHB. Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde. **REME-Rev Min Enferm**. 2013 out/dez; v.17, n.4, p.: 966-974.

KWON E, CHOI K. Case-control Study on Risk Factors of Unplanned Extubation Based on Patient Safety Model in Critically Ill Patients with Mechanical Ventilation. **Asian Nursing Research**, 2017,v. 11, p.:74-78.

LIMA CSP, BARBOSA SFF. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 mar/abr; v.23, n.2, p.:222-8.

LOURO E, LIEBER NSR, RIBEIRO E. Eventos adversos a antibióticos em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Saúde Pública** 2007; v.41, n.6, p.:1042-8.

MACHADO AF, PEDREIRA MLG, CHAUD MN. Adverse events related to the use of peripheral intravenous catheters in children according to dressing regimens. **Rev Latinoam Enferm**. 2008;16(3):362-7.

MARINHO GS, ALVES GAA, OLIVEIRA DF, GOES ACF, MARTINES BP. Risco de quedas em pacientes hospitalizados. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**. 2017; v.7, n.1, p.:55-60.

MOHER D, SHAMSEER L, CLARKE M, GHERSI D, LIBERATI A, PETTICREW M, SHEKELLE P, STEWART LA. Itens de relatório preferidos para declaração sistemática e protocolos de meta-análise (PRISMA-P) 2015. **Syst Rev.** 2015; v.4, n.1, p. 1.

MOREIRA IA, BEZERRA ALQ, PARANAGUÁ TTB, SILVA AEBC, AZEVEDO FILHO FM. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015; v.23, n.4, p.:461-7.

NOVARETTI MCZ, SANTOS EV, QUITÉRIO LM, DAUD-GALLOTTI RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev Bras Enferm.** 2014; v.67, n.5, p.:692-9.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122–129, 2014.

PADILHA, K. G. et al. Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: desenvolvimento de um projeto de pesquisa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe, p. 157–163, 2015.

PAIVA MCMS, PAIVA SAR, BERTI HW, CAMPANA AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev esc Enferm USP.** 2010; v. 44, n.1, p.: 134-8.

PERÃO OF, ZANDONADI GC, RODRÍGUEZ AH, FONTES MS, NASCIMENTO ERP, SANTOS EKA. Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva de acordo com a Teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enferm.**, v. 3, n. 22, 2017.

PEREIRA, S. R. M. et al . Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 4, p. 338-344, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400007>.

RAMALHO NETO JM, NASCIMENTO LB, SILVA GNS, MENEZES MS, NÓBREGA MML. Extubação acidental e os cuidados intensivos de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.8, n.11, p.:3945-52, nov., 2014.

REJEB MB, SAHLI J, CHEBIL D, et al. Mortality among Patients with Nosocomial Infections in Tertiary Intensive Care Units of Sahloul Hospital, Sousse, Tunisia. **Archives of Iranian Medicine**, March 2016. v.19, n. 3, p.: 179-185.

RODRIGUES AN, FRAGOSO LVC, BESERRA FM, RAMOS IC. Impactos e fatores determinantes no *bundle* de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016 nov-dez; v.69, n.6, p.:1108-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1108.pdf>. Acesso em ago.2018.

ROQUE KE, TONINI T, MELO ECP. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.10:e00081815, out, 2016.

ROQUE KE, MELO ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. **Esc Anna Nery.** 2012. v. 16, n.1, p.:121- 127.

SANTOS MC, BONIATTI MM, LINCHO CS, PELLEGRINI JAS, VIDART J, FILHO EMR, VIEIRA SRR. Marcadores inflamatórios e perfusionais como preditores e fatores de risco para readmissão de pacientes gravemente enfermos. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2014; v.26, n.2, p.:130-136.

SANTOS RP, LUZ MAP, BORGES F, CARVALHO ARS. Busca ativa contribui na identificação de eventos adversos e incidentes em unidade de terapia intensiva. **Enfermería Global**, oct, 2017, n. 48, p.: 476-487.

SCHWONKE CRGB, FILHO WDL, LUNARDI GL, DA SILVEIRA RS, RODRIGUES MCS, GUERREIRO MO. Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. **Enfermería Global**, enero 2016, n.41, p.: 220-232.

SILVA AT; CAMELO, SHH; TERRA, FS; DAZIO, EMR; SANCHES, RS; RESCK, ZMR. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital.

Rev enferm UFPE on line, Recife, v.12, n.6, p.:1532-8, jun., 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234593p1532-1538-2018>>.

TOFFOLETTO MC, BARBOSA RL, ANDOLHE R, OLIVEIRA EM, DUCCI AJ, PADILHA KG. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016 nov-dez;v.69, n.6, p.:1039-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000601039&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em ago.2018.

VERSA GLGS, INOUE KC, NICOLA AL, MATSUDA LM. Influência do dimensionamento da equipe de enfermagem na qualidade do cuidado ao paciente crítico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011; v.20, n.4, p.: 796-802.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Department of Essential Drugs and Medicines. The Uppsala Monitoring Centre. **The importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products**. Genebra; 2002.

XU J, REALE C, SLAGLE JM, ANDERS S, SHOTWELL MS, DRESSELHAUS T, WEINGER MB. Facilitated Nurse Medication-Related Event Reporting to Improve Medication Management Quality and Safety in Intensive Care Units. **Nursing Research**, Sep-/Oct 2017, v. 66, n.5.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter metodológico. A pesquisa metodológica envolve métodos complexos e sofisticados, para desenvolvimento de instrumentos, para obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Tratam do desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT e BECK, 2011).

No estudo metodológico o pesquisador tem por finalidade a elaboração de instrumentos confiáveis, fidedignos e utilizáveis, os quais permitam a aplicabilidade por outros pesquisadores. Esse tipo de estudo é indicado a disciplinas científicas que investigam fenômenos complexos, tal qual ocorre na pesquisa de enfermagem (POLIT e HUNGLER, 1995).

A validação é o processo pelo qual se examina a exatidão de uma inferência alcançada a partir de escores de um teste. Este processo vai além da demonstração de valores num instrumento de medida, perfaz um processo de investigação, onde propõe-se o elemento de continuidade, devendo ser repetido inúmeras vezes para o mesmo instrumento. Com a efetivação deste processo se valida a interpretação dos dados decorrentes de um procedimento específico (RAYMUNDO, 2009).

Crestani et al, (2017) enfatizam que na área da saúde, há um crescente número de instrumentos disponíveis para verificar e avaliar fenômenos em estudo, sendo ressaltada a importância da fidedignidade destes instrumentos para se reduzir a possibilidade de julgamentos subjetivos, sendo o processo de validação, um fator determinante para a escolha e/ou aplicação de um instrumento.

A validação de instrumentos inicia-se na construção dos mesmos, estando presente em todas as etapas de sua elaboração, além da aplicação, correção e interpretação de resultados. Neste processo faz-se necessário pensar nos aspectos da validade do conteúdo, de critérios e de construto, ressaltando a importância da fidedignidade do instrumento, para o processo de

validação. Define-se fidedignidade como confiabilidade, como o coeficiente de correlação entre medidas, podendo ser calculada, por exemplo, através do método de teste-reteste (RAYMUNDO, 2009).

Na trajetória metodológica da pesquisa, a técnica de Delphi acabou subsidiando as etapas de validação do protocolo proposto. Segundo Marques e Freitas (2018), a técnica consiste em uma sequência de questionários que são respondidos sequencialmente, de forma individual pelos participantes, com base em informações resumidas das respostas do grupo aos questionários anteriores, perfazendo uma espécie de diálogo entre os participantes das diferentes etapas, construindo de maneira gradual uma resposta coletiva.

A técnica de Delphi permite uma construção participativa, pois os especialistas expressam suas opiniões a respeito da temática abordada, sem o contato direto (SPÍNOLA, 1984).

Parte-se de uma interrogação individual, as respostas são consideradas em conjunto e, em forma de resumo, são compartilhadas por todo o grupo, em prosseguimento segue novo interrogatório – amparado pelas respostas dos especialistas – e as respostas, novamente compartilhadas. Esse processo é usualmente repetido três vezes até a obtenção do consenso. O consenso é objetivado pela técnica uma vez que os respondentes são convidados, a cada etapa do processo, a reconsiderarem suas opiniões a partir da visão do conjunto dos especialistas (POLIT, 1987 *apud* ALMEIDA, 2009, p.51).

Ainda de acordo com Spínola (1984), o número de questionários enviados pode ser pré-determinado, sendo que o primeiro questionário objetiva gerar os itens que serão abordados nos questionários posteriores, os quais tem por finalidade o aprofundamento de opiniões. Em relação ao número de especialistas, o autor defende que não há um número pré-estabelecido para validação dos resultados obtidos, podendo variar de acordo com os critérios para seleção dos especialistas e com o fenômeno em estudo.

Para elaboração do protocolo de UTI segura, proposto no presente estudo, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, para levantar os maiores riscos que permeiam a rotina de cuidados aos pacientes internados em unidades de terapia intensiva, abrangendo situações de risco potencial e/ou real para iatrogenias.

A partir deste levantamento foi construído um protocolo piloto, o qual foi enviado para um painel de especialistas, com o objetivo de se avaliar o

conteúdo do protocolo, quanto sua fidedignidade e aplicabilidade prática para validação.

Este processo se deu em 3 etapas:

Etapa 1:

Etapa que ocorreu entre maio de 2018 e junho de 2019, em que foi realizada a identificação de riscos reais e potenciais inerentes aos cuidados com o paciente internado em UTI, por meio de revisão sistemática, que foi apresentada em formato de artigo, no capítulo 2 desta dissertação. A partir deste levantamento foi criado um protocolo piloto abrangendo os riscos evidenciados na literatura, o qual foi qualificado por um grupo de experts. A seleção destes experts se deu de acordo com os seguintes critérios:

- Ser profissional graduado na área de saúde;
- Compor a equipe multiprofissional de UTI;
- Fazer parte do planejamento estratégico de assistência ao paciente em UTI;

Compuseram a amostra 3 enfermeiros, 3 médicos, 3 fisioterapeutas, 3 nutricionistas e 3 psicólogos, com um n=15 para esta etapa.

Estes especialistas foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados de sua metodologia e seus objetivos. Aos que aceitaram participar da pesquisa, foi enviado por e-mail o protocolo piloto, para que os mesmos pudessem avaliá-lo e contribuir com suas considerações.

Ressalta-se que para esta etapa cada profissional recebeu apenas os itens do protocolo correspondentes a sua categoria profissional, somados àqueles de característica interdisciplinar. Desta forma, os especialistas julgaram apenas o conteúdo do protocolo que dizia respeito a sua expertise profissional.

Seguidamente o protocolo foi então reformulado (Versão Beta) de acordo com as considerações apontadas pelos experts na etapa anterior.

Etapa 2:

Realizada entre os meses de julho e setembro de 2019, onde após a reformulação, o mesmo foi submetido à etapa de entrevistas cognitivas, onde um profissional de cada categoria profissional, (n=5), sendo um enfermeiro, um médico, um fisioterapeuta, um nutricionista e um psicólogo realizou a análise

da segunda versão do protocolo e respondeu uma entrevista semiestruturada sobre seu conteúdo.

Com os que aceitaram participar foi agendada uma entrevista, que continha um breve questionário quanto aos dados sócios demográficos e seguia um roteiro semiestruturado com 4 questões abertas, conforme modelo abaixo:

- 1- Após a leitura do material, comente de que maneira você acredita que ele pode contribuir para a segurança do paciente.

- 2- Em relação a sua expertise profissional, você acredita que o conteúdo deste protocolo foi descrito adequadamente?

- 3- Há algum item que você alteraria? Qual? Por que? Qual seria sua sugestão de mudança?

- 4- Acredita que algum fator de risco para eventos adversos em UTI esteja faltando nesta proposta de protocolo?

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas, e seu conteúdo será apresentado na análise qualitativa deste estudo. Foram respeitados os pressupostos éticos e os participantes não foram identificados, sendo chamados por sua categoria profissional durante a entrevista e a análise dos dados.

O objetivo desta etapa foi que os profissionais analisassem o conteúdo do protocolo sob a ótica multiprofissional e julgassem a aplicabilidade e relevância do conteúdo.

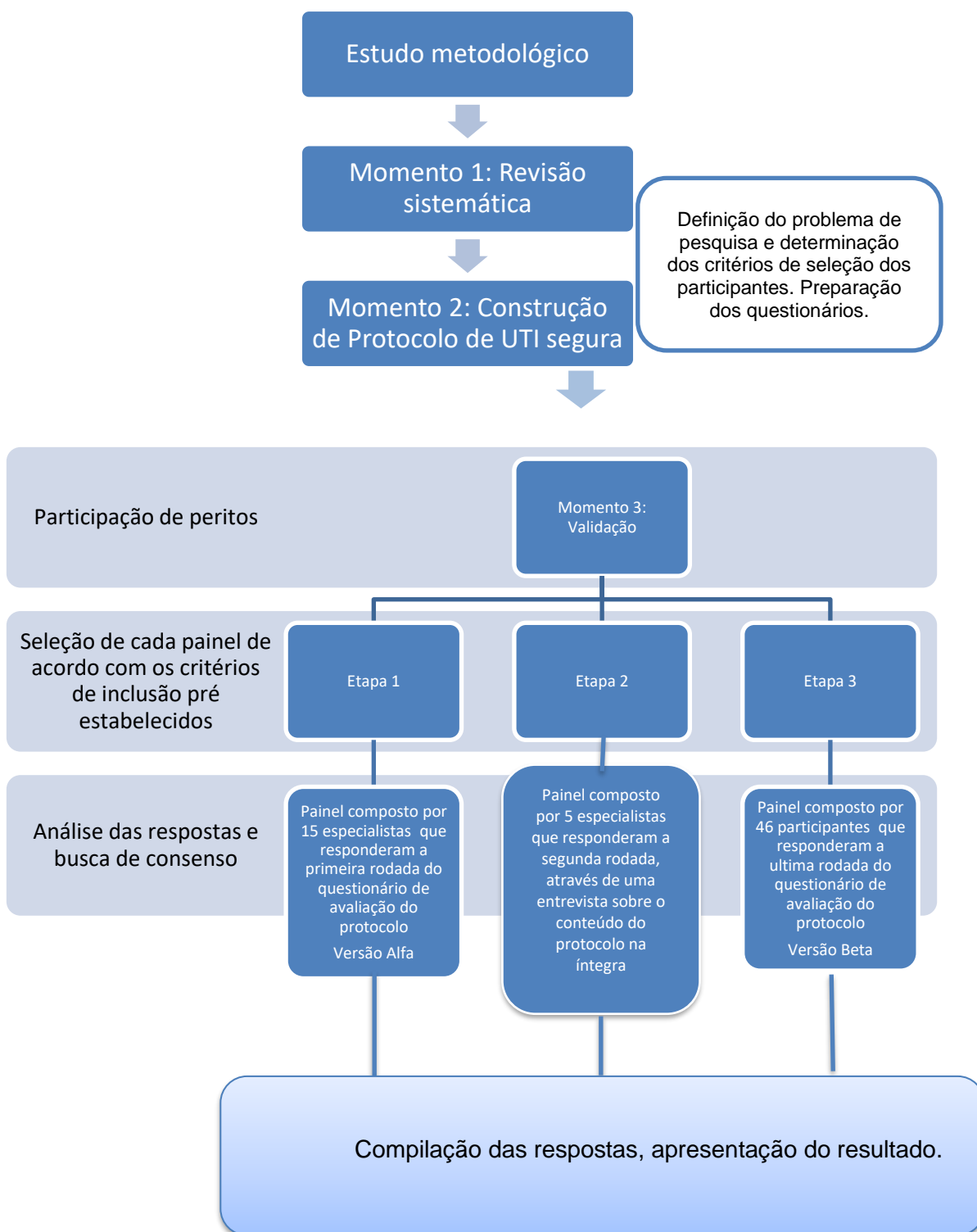
Etapa 3:

A versão final do protocolo foi postada no Google Forms, ferramenta aberta do Google, que permite o envio de um questionário on-line, e foi enviada à profissionais de saúde com experiência em UTI para o julgamento de sua aplicabilidade prática. A abordagem destes profissionais se deu através do

envio de e-mails e mensagens no aplicativo Whatsapp, pela técnica de “bola de neve”. Esta etapa se deu entre setembro e outubro de 2019.

Para estes participantes também foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE, conforme Apêndice 2. Aos que aceitaram participar da pesquisa foi enviado o protocolo em sua versão final, contendo um questionário para dados sócio demográficos e três questões objetivas para cada item, para que os participantes pudessem avaliar a aplicabilidade do conteúdo na prática, a relevância para a segurança do paciente e a contribuição para a assistência ao paciente internado em UTI. (APÊNDICE 3).

FLUXOGRAMA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA



3.2 LOCAL DA PESQUISA

Parte da pesquisa foi realizada em um hospital de iniciativa privada, de médio porte e alta complexidade da cidade de Curitiba- PR, o qual possui acreditação hospitalar de nível 3, pela Organização Nacional de Acreditação- ONA, e é atualmente centro de referência em atendimento emergencial clínico e cardiológico para pacientes particulares e de convênios. Esta instituição tem uma grande preocupação com os pilares de humanização, qualidade e segurança do paciente e, educação, possuindo um calendário anual de eventos científicos, que propiciam momentos de discussão e reflexão sobre temáticas relevantes da área da saúde.

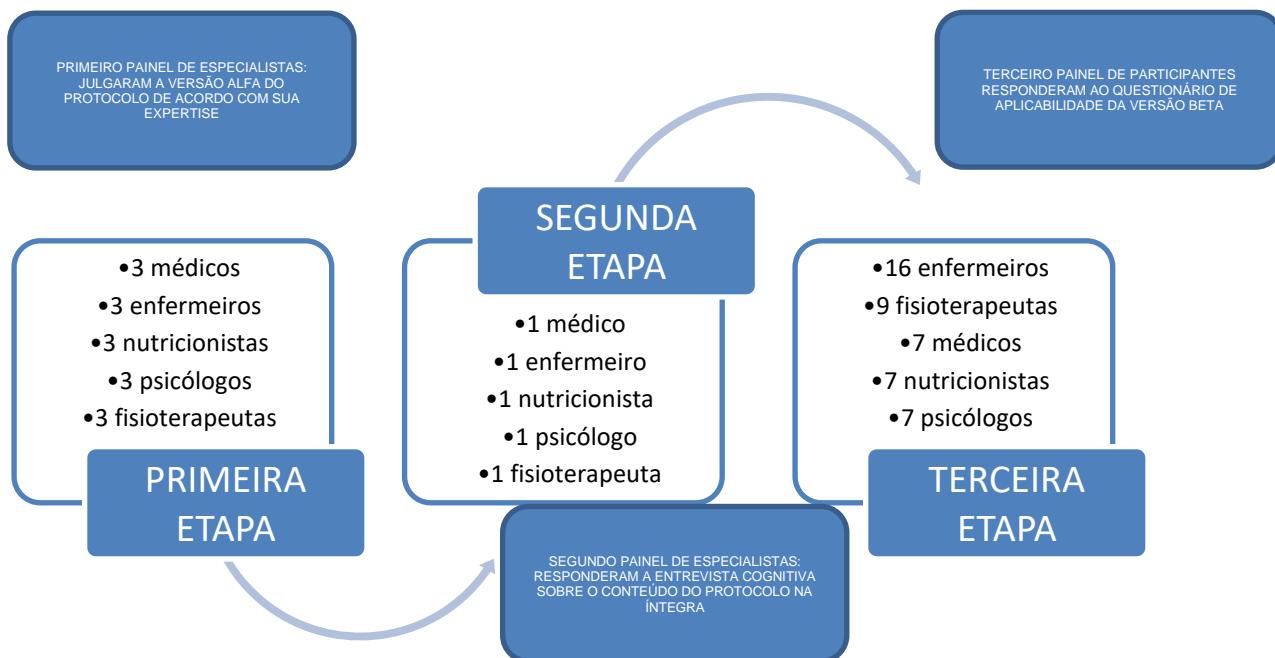
Além disso, possui uma UTI geral adulto com capacidade de 30 leitos, sendo divididos em leitos convencionais e humanizados, nos quais é permitida a presença de acompanhante por 24 horas.

A escolha do local de pesquisa é decorrente de suas características de preocupação com a qualidade e segurança no atendimento ao cliente, características estas que propiciam ambiente adequado para realização do presente estudo.

Para possibilitar a realização da pesquisa, a instituição que foi cenário da mesma, concedeu autorização através da assinatura do Termo de Autorização da Instituição pelos responsáveis e autorização da coordenação do departamento de origem.

Ressalta-se que nesta instituição citada como local de pesquisa foram realizadas as entrevistas cognitivas referentes à etapa 2.

3.3 PARTICIPANTES E ESPECIALISTAS



3.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados levantados por meio das respostas aos questionários dos profissionais que participaram da primeira e terceira etapa da pesquisa foram tabulados e analisados por métodos estatísticos simples, sendo apresentados por meio de gráficos e tabelas, perfazendo a análise quantitativa deste estudo. Já os dados obtidos na segunda etapa, nas entrevistas semiestruturadas serão apresentados de forma qualitativa, por meio da análise proposta por Bardin.

Segundo Bardin (2011), a análise do conteúdo é composta por um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados a discursos extremamente diversificados. A autora também define prováveis aplicações da análise de conteúdo, dada através de um método de categorização, que permite a classificação dos componentes do significado da mensagem, sendo que uma

análise de conteúdo não deixa de ser uma análise de significados, perfazendo uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo que é extraído dos dados e de sua respectiva interpretação.

A análise de conteúdo de Bardin perfaz 3 etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados: inferência e interpretação (CAMARA, 2013).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo teve como fundamento os preceitos éticos conforme a RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do CNS. Foi respeitada a dignidade humana, protegendo a identidade dos participantes colaboradores da pesquisa.

Os riscos potenciais aos participantes estão relacionados à perda do anonimato e ao constrangimento dos participantes perante a exposição da sua atuação profissional. Para minimizar os riscos foi assegurado que em momento algum a identidade dos participantes fosse revelada, uma vez que os dados foram utilizados para fins científicos e acadêmicos e, os únicos que tiveram acesso a estes dados foram os responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa que mantiveram o sigilo necessário.

A execução da pesquisa só se deu mediante a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdades Pequeno Príncipe, sob os números de parecer 3.049.049 e 3.059.407, conforme preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o levantamento de dados realizado por meio da revisão sistemática apresentada no capítulo 2 deste estudo, foi construída a versão alpha do Protocolo de UTI Segura, que é apresentado a seguir.

PROTOCOLO DE UTI SEGURA- VERSÃO ALPHA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a cada 10 pacientes, um é vítima de erros e eventos adversos evitáveis durante cuidados à saúde, em âmbito global (PERÃO et al., 2017). Sendo definida por segurança do paciente “a redução do risco de danos desnecessários durante os processos assistenciais e uso das boas práticas para alcançar os melhores resultados para o cuidado de saúde” (PADILHA et al., 2015).

Neste contexto, as unidades de terapia intensiva (UTI), tem um papel de destaque, pois como se tratam de ambientes de tratamento ao paciente crítico, são consideradas um dos cenários mais propícios a ocorrência de eventos adversos graves.

As condições clínicas instáveis do paciente de UTI, onde mudanças orgânicas sutis já podem levar à grave deterioração de funções orgânicas, constitui um risco aumentado para ocorrência de eventos adversos, que além de indesejáveis, são extremamente prejudiciais, sendo importante o entendimento sobre os riscos inerentes a assistência e ao contexto no qual ela ocorre (BARBOSA et al., 2014).

Este protocolo tem por objetivo padronizar condutas que viabilizem a diminuição da incidência de eventos adversos em UTI.

RISCOS POTENCIAIS

A complexidade da assistência à saúde que ocorre nas UTIs leva a questionamentos sobre riscos potenciais para ocorrência de eventos adversos, inerentes a prática de cuidados com a saúde.

Através do levantamento de dados realizado por meio de revisão sistemática, conclui-se que os eventos mais comuns nestas unidades são os listados abaixo:

- Pneumonia associada a ventilação mecânica-PAV;
- Tração não programada de dispositivos;
- Não realização de exames;
- Lesão por pressão- LPP;
- EA associados à medicação;
- Infecção associada aos cuidados à saúde;
- Queda;
- Flebite.

ADMISSÃO SEGURA

Para a garantia de segurança do paciente em UTI é necessário que algumas medidas sejam pensadas desde a admissão.

Uma das principais medidas seria a identificação dos riscos de cada paciente durante os procedimentos de admissão, o que poderia ocorrer através de um check box no sistema informatizado da instituição que gerasse uma identificação de leito que contivesse a informação a respeito de tais riscos conforme modelo a seguir.

Modelo de identificação de Leito

IDENTIFICAÇÃO DE LEITO

NOME: XXXXXXXXXXXXX N° DE ATENDIMENTO: XXXXXX
 NOME DA MÃE: XXXXXXXXXXXXX DATA DE NASCIMENTO: 00/00/0000
 DIAGNÓSTICO:XXXXXXXXXXXXXXXXXX

RISCOS POTENCIAIS PARA EVENTOS ADVERSOS:

- Pneumonia associada a ventilação mecânica-PAV;
- Tração não programada de dispositivos;
- Não realização de exames;
- Lesão por pressão- LPP;
- EA associados à medicação;
- Infecção associada aos cuidados à saúde;
- Queda;
- Flebite.

O fato de a identificação de leitos já lincar os riscos do paciente pouparia tempo dos profissionais para identificação destes riscos e deixaria o ambiente menos poluído e com dados mais objetivos.

Na sequência é apresentado um fluxograma de admissão segura, no formato de check box.

Fluxograma de admissão segura

Box

- Preparo e organização do box sim não não se aplica
- Roupa de cama sim não não se aplica
- Monitor testado sim não não se aplica
- Monitor ligado a rede de energia sim não não se aplica
- Cabos de monitorização multiparamétrica dispostos corretamente sim não não se aplica
- Fralda disponível no box sim não não se aplica

Suporte de oxigêniooterapia

- Respirador testado sim não não se aplica
- Circuito de respirador montado sim não não se aplica
- Respirador ligado a rede de energia sim não não se aplica
- Filtro de barreira a disposição no box sim não não se aplica
- Névoa úmida montada sim não não se aplica
- Cateter nasal a disposição no leito sim não não se aplica
- Ambú no leito sim não não se aplica

Suporte a terapia infusional

- Paciente admitido com acesso leito sim não não se aplica
- Material para punção de AVP disponível leito sim não não se aplica
- Material para punção de CVC disponível leito sim não não se aplica
- Bombas infusoras em número suficiente no leito leito sim não não se aplica

Dimensionamento de equipe

- Técnico de enfermagem dimensionado para admissão e cuidado do paciente leito sim não não se aplica
- Enfermeiro dimensionado para admissão e cuidado leito sim não não se aplica
- Médico disponível para admissão e assistência ao paciente leito sim não não se aplica
- Fisioterapeuta disponível para admissão e assistência ao paciente leito sim não não se aplica

Registros e prescrições

- Realizada anamnese e exame físico sim não não se aplica
- Realizada prescrição de enfermagem sim não não se aplica
- Coletados dados sobre antecedentes morbidos pessoais sim não não se aplica
- Coletados dados sobre medicações de uso contínuo sim não não se aplica
- Coletados dados sobre alergias sim não não se aplica
- Coletados dados sobre cirurgias e internamentos prévios sim não não se aplica

Informações adicionais

- Paciente em precaução de contato sim não não se aplica
- Paciente em isolamento protetor sim não não se aplica
- Paciente em precaução por gotículas sim não não se aplica
- Paciente em precaução por aerossóis sim não não se aplica
- Apresenta lesões de pele sim não não se aplica
- Mantém pertences no box sim não não se aplica
- Presença de acompanhante sim não não se aplica
- Paciente alérgico sim não não se aplica

PASSAGEM DE PLANTÃO SEGURA

A passagem de plantão constitui uma importante ferramenta para segurança em UTI e deve ser centrada no paciente, pra isso, é necessário que

seja realizada beira leito, identificando situações de risco para ocorrência de eventos adversos nas trocas de plantão.

A padronização de informações que devem ser passadas durante a troca de plantão pode subsidiar um processo mais efetivo, além de atender ao protocolo internacional de segurança do paciente que visa a comunicação efetiva.

A seguir é apresentado um modelo de passagem de plantão multiprofissional para o paciente em unidade de terapia intensiva.

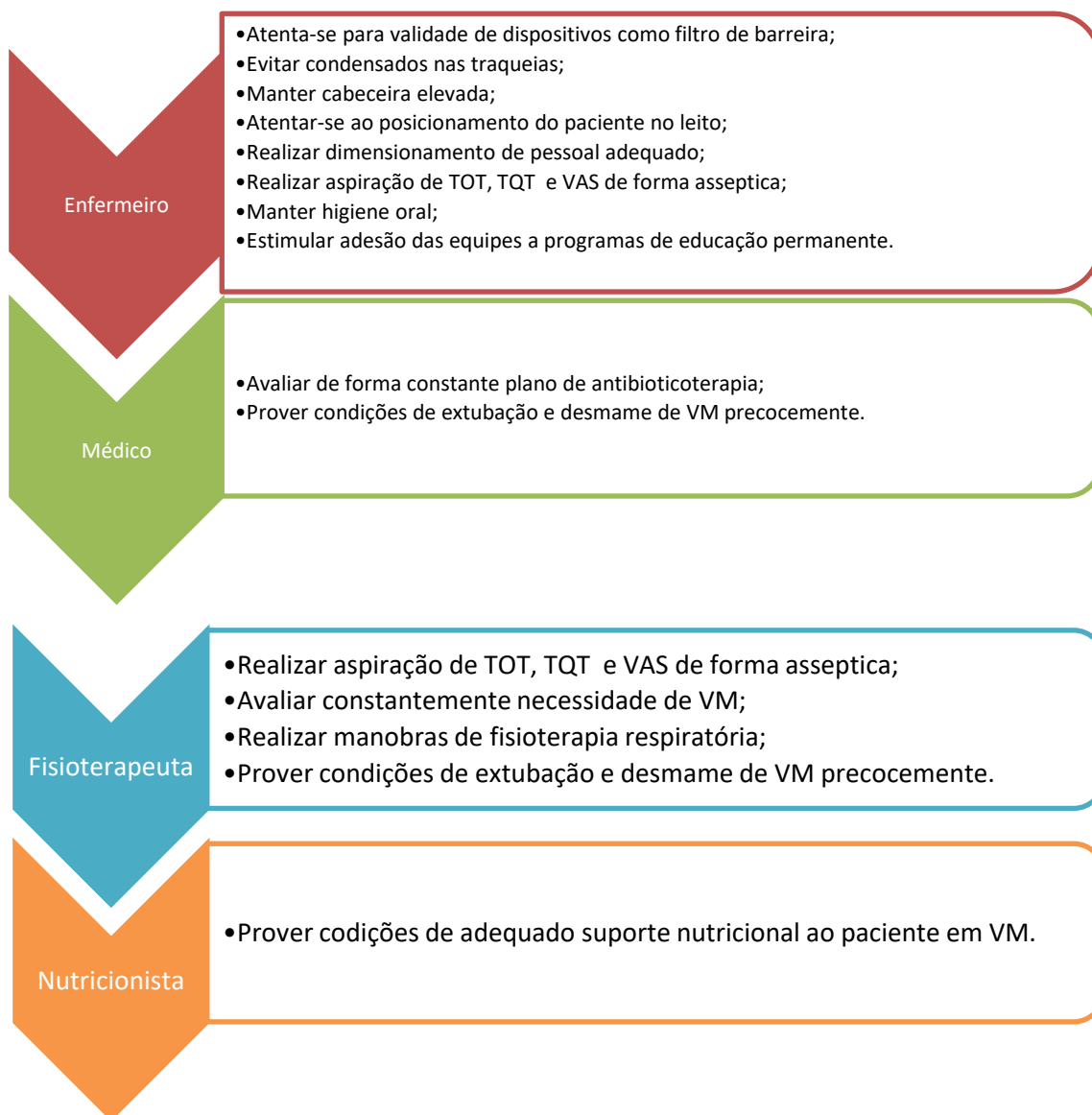
Fluxograma de Passagem de Plantão Segura

Nome do paciente:				
Box:				
Nº de atendimento:				
Dieta	Acesso	Suporte	Mobilidade	
() Via oral	venoso	ventilatório		
() Enteral	() sem	() AA	() acamado	
() Parenteral	acesso	()	() deambula	
Aceitação: _____	() AVP	CN _____	sem auxílio	
_____	() CVC	()	() deambula	
Vazão: _____	() PICC) Névoa _____	com auxílio	
() Extase _____	Drogas	e () VNI	() senta fora	
() SNE	vazão:	() VM	do leito	
() SNG		() TOT	() restrito ao	
() GTT		() TQT	leito	
Paciente em delirium	Avaliação de pele e	Eliminações		
() sim	curativos	Diurese:		
() não	() íntegra	() espontânea		
	() lesão	() SVA		
	Especificar:	() SVD		
Monitorização invasiva		() cistostomia		
() PVC				
() PAM				
() PIC		Escala de evacuação:		
() PIA				
Dispositivos:				
() Drenos				
() Ostomias				
Precaução	() não () sim _____			

Exames
Pendências
Observações

FLUXOGRAMAS DAS ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA- PAV



TRAÇÃO NÃO PROGRAMADA DE DISPOSITIVOS



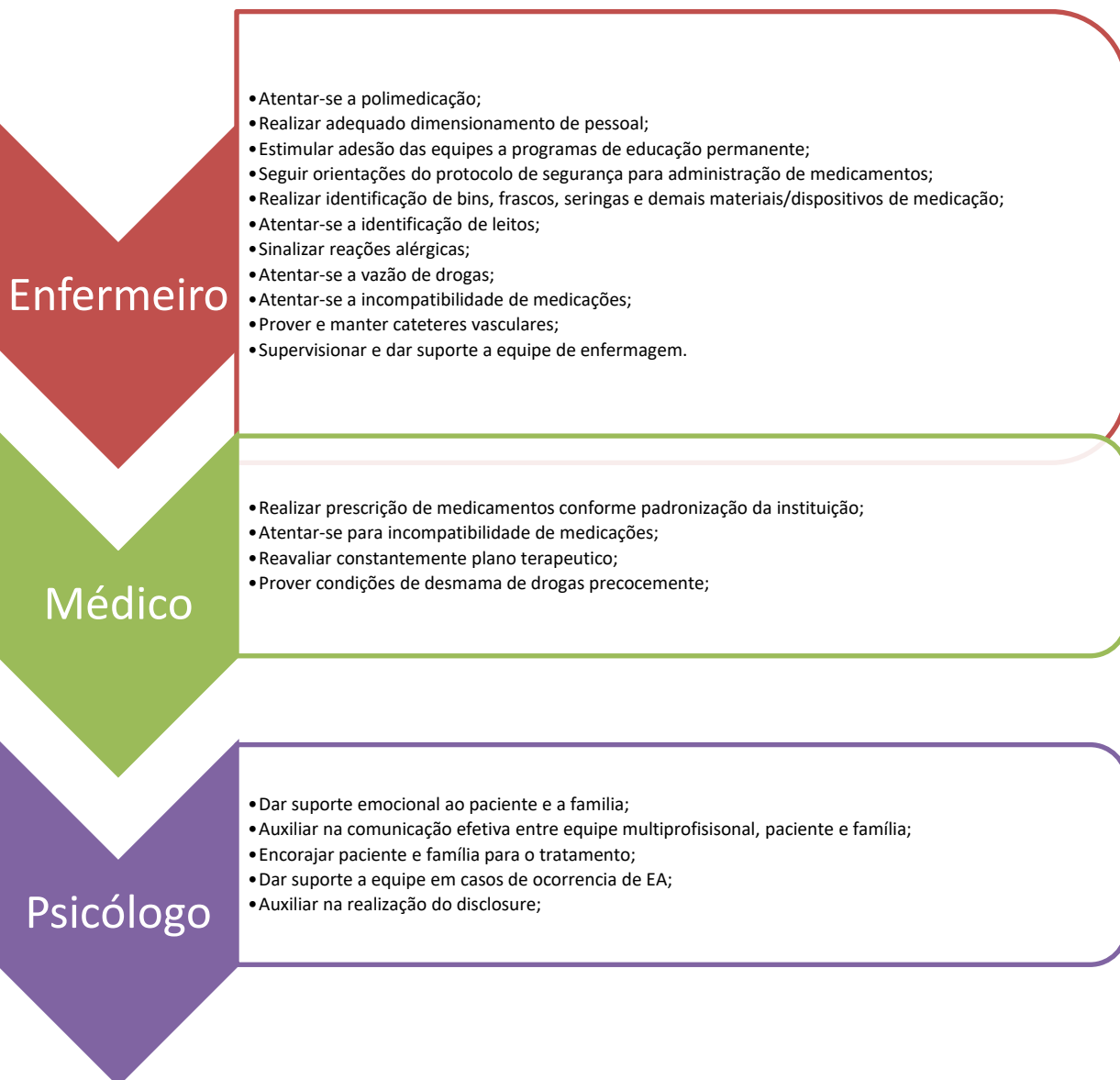
NÃO REALIZAÇÃO DE EXAMES



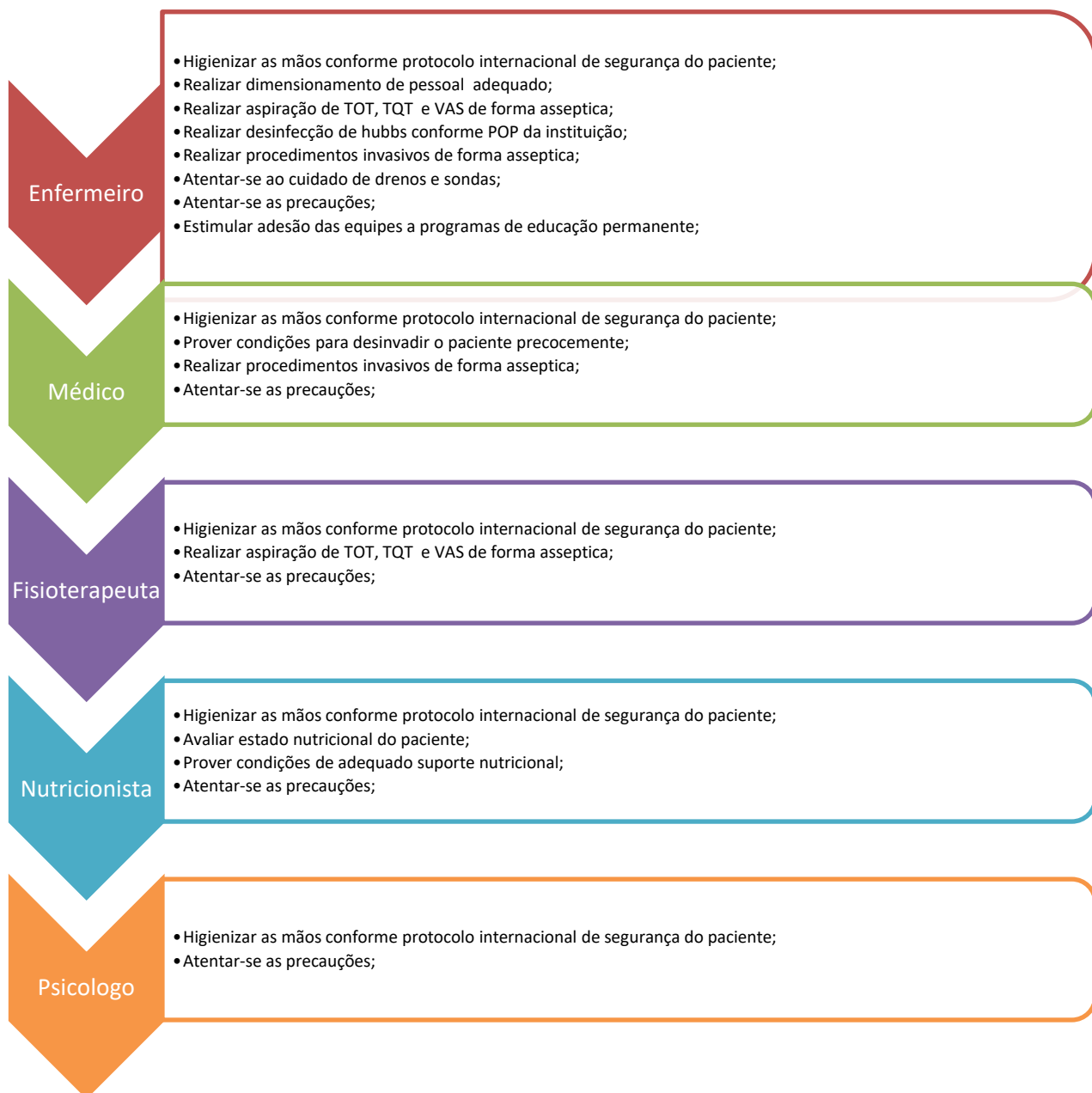
LESÃO POR PRESSÃO- LPP



EA ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO



INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS À SAÚDE



QUEDA**Enfermeiro**

- Avaliar constantemente o estado de alerta do paciente;
- Preservar a autonomia do paciente de acordo com suas potencialidades e fragilidades;
- Organizar disposição de mobiliários de forma a facilitar o acesso do paciente a campainha, copos de água, papagaios e objetos pessoais;
- Manter grades do leito sempre elevadas;
- Realizar dimensionamento de pessoal adequado;
- Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;

Médico

- Realizar efetiva avaliação e manejo de delirium junto a psicologia;
- Realizar prescrição de contenções medicamentosas se necessário;

Fisioterapeuta

- Manter grades do leito sempre elevadas;

Nutricionista

- Manter grades do leito sempre elevadas;

Psicólogo

- Manter grades do leito sempre elevadas;
- Realizar efetiva avaliação e manejo de delirium junto a equipe medica.

FLEBITE**Enfermeiro**

- Realizar dimensionamento de pessoal adequado;
- Avaliar acessos vasculares constantemente quanto a sinais flogísticos;
- Atentar-se ao sítio de inserção de cateteres;
- Discutir com a equipe médica as vias de acesso mais recomendadas a terapia prescrita;
- Atentar-se a vazão de drogas;
- Atentar-se a incompatibilidade de medicações;
- Prover e manter cateteres vasculares;
- Supervisionar e dar suporte a equipe de enfermagem.
- Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;

Médico

- Discutir com a equipe de enfermagem as vias de acesso mais recomendadas a terapia prescrita;
- Atentar-se a vazão de drogas;
- Atentar-se a incompatibilidade de medicações;
- Reavaliar constantemente plano terapêutico;
- Prover condições de desmama de drogas precocemente;

Nutricionista

- Avaliar estado nutricional do paciente;
- Prover condições de adequado suporte nutricional;

MEDIDAS PREVENTIVAS GERAIS**Busca ativa**

Realizar busca ativa de eventos adversos, tendo em vista a subnotificação em modelos tradicionais.

Dimensionamento da equipe de enfermagem

O dimensionamento das equipes é um dos principais fatores de qualidade assistencial, segurança do paciente e prevenção de eventos adversos.

Educação Permanente

Quanto mais qualificadas as equipes de saúde menor as chances de ocorrência de eventos adversos.

Avaliação do delirium

A correta avaliação e manejo do delirium perfaz uma das principais estratégias de prevenção contra os eventos adversos mais prevalentes em UTI.

4.1 RESULTADOS - PRIMEIRA ETAPA DE VALIDAÇÃO

Os resultados referentes à primeira etapa do processo de validação foram obtidos por meio de uma abordagem quantitativa e serão apresentados neste capítulo.

Após construção da versão Alpha do protocolo apresentada anteriormente, a mesma foi submetida à análise de 15 experts, sendo 3 enfermeiros, 3 médicos, 3 psicólogos, 3 fisioterapeutas e 3 nutricionistas, os quais receberam o protocolo por e-mail.

Para avaliação dos especialistas nesta primeira etapa, o protocolo foi desmembrado de acordo com cada categoria profissional. Desta forma os experts avaliaram os itens de caráter multiprofissional e àqueles que diziam respeito a sua expertise, não tendo contato com o protocolo na íntegra.

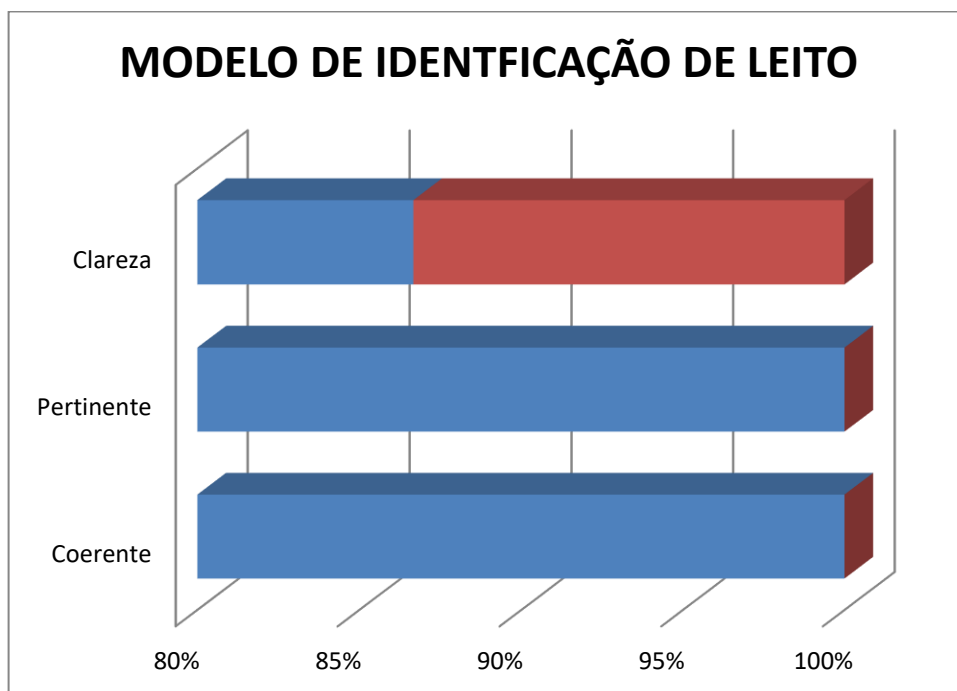
Para subsidiar esta avaliação, ao final de cada item era sugerido um pequeno questionário conforme modelo a seguir:

Quanto a este item, considero:

- a) coerente () sim () não
 - b) pertinente () sim () não
 - c) clareza () sim () não
 - d) precisa melhorar em _____
 - e) deve ser retirado porque _____
- outros: _____

Na sequência serão apresentados os resultados obtidos nesta etapa de avaliação de acordo com cada item do protocolo.

Gráfico 1- Avaliação da identificação de leito proposta no protocolo



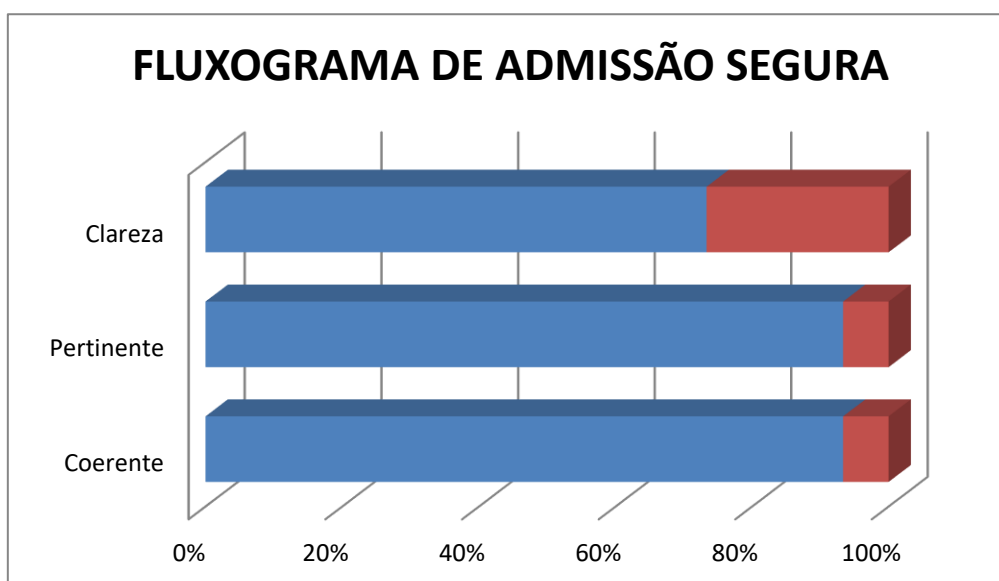
Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Como evidenciado no Gráfico 1, dos 15 experts, 15 (100% da amostra) consideraram o item coerente e pertinente e 13 (87%), consideraram claro.

Em relação aos itens abertos do questionário houveram alguns apontamentos e sugestões que foram levadas em conta para elaboração da versão Beta do protocolo, entre elas:

- Retirado o diagnóstico do paciente devido à questão do sigilo e proteção de dados conforme apontamento do Enfermeiro 1, Psicólogos 2 e 3;
- Acrescentado o risco de broncoaspiração na identificação de leito, conforme apontamento do Enfermeiro 2;
- Substituída a sigla EA por eventos adversos por extenso, conforme apontamento dos Médicos 2 e 3 e Fisioterapeuta 2

Gráfico 2- Avaliação do Fluxograma de Admissão Segura



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Quanto à avaliação do fluxograma de admissão segura, 14 experts (93% da amostra) consideraram o item coerente e pertinente e 11 (73% da amostra) o consideraram claro.

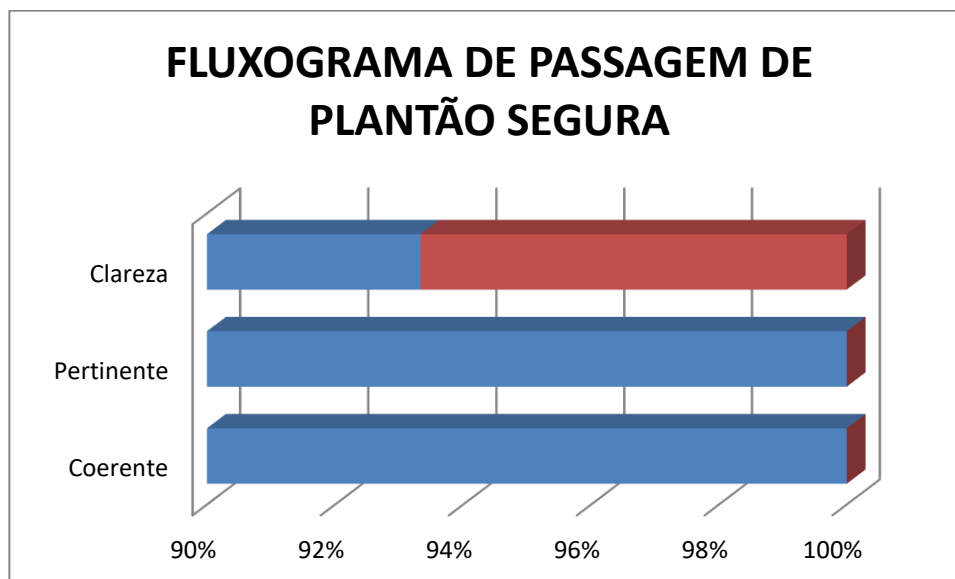
Entre os itens apontados para lapidação da versão beta, estão:

- Alterada terminologia "respirador" para ventilador mecânico, conforme apontamento do Fisioterapeuta 2;
- Alterada terminologia "ambu" para dispositivo bolsa-válvula-máscara, conforme apontamento do Médico 3;
- Acrescentados os itens Régua de gases testada e material de aspiração disponível, conforme recomendação do Fisioterapeuta 1;
- Alterados os itens relacionados à terapia infusional que recomendavam a disponibilidade de material para punção disponível no leito, para apenas "material de punção disponível", conforme recomendação do Enfermeiro 2 e Médico 3.

Nota-se que as recomendações foram voltadas a terminologia utilizada, o que corrobora com a avaliação do item clareza.

Além disso, foram realizadas alterações em relação aos materiais disponíveis no box para admissão, de acordo com a necessidade do paciente, sendo pontuado pelos experts que a disposição de materiais e dispositivos no leito poderia levar a um aumento de custos e desperdícios para as instituições.

Gráfico 3- Avaliação do Instrumento para Passagem de Plantão Segura



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Quanto à passagem de plantão segura, este item, foi proposto no protocolo com a finalidade de otimizar o momento da passagem de plantão multiprofissional e centrar as informações no paciente, bem como poder ser adaptado ao momento da visita multiprofissional.

Neste contexto, 15 experts (100% da amostra) consideraram o item coerente e pertinente e 14 (93% da amostra) o julgaram claro.

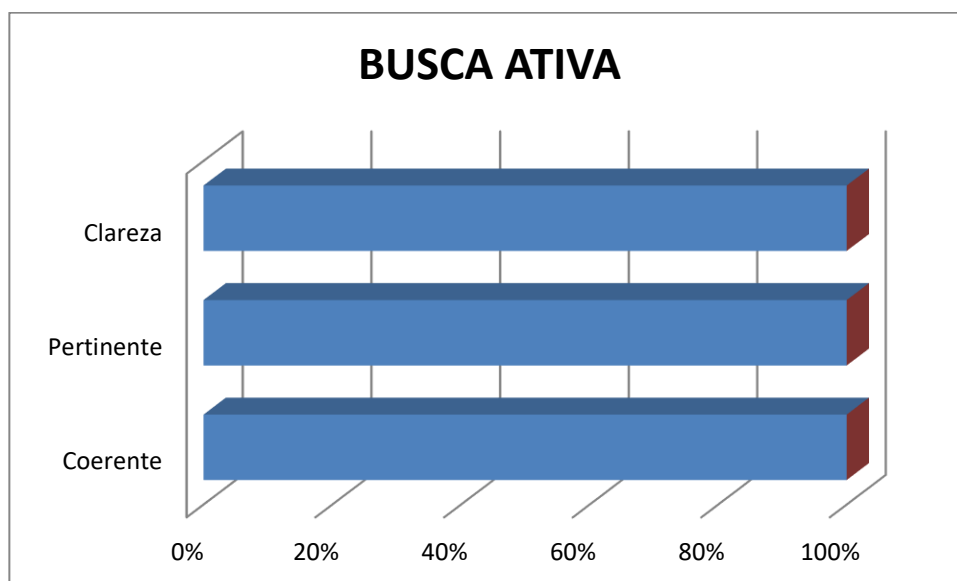
Por se tratar de um item complexo e dividido em subitens, foi um dos que mais recebeu recomendações para adequação, conforme evidenciado abaixo:

- Acrescentado o item máscara de Venturi em suporte ventilatório conforme apontamento do Fisioterapeuta 1;
- Acrescentado campo aberto para descrição da finalidade do jejum e campo para Nutrição Parenteral Periférica- NPP, conforme apontamento do Enfermeiro 3;
- Acrescentados campos para data do dispositivo e local de punção dos acessos vasculares, conforme apontamento do Enfermeiro 3 e Médico 2;
- Acrescentado o item hipodermóclise, conforme recomendação do Fisioterapeuta 2 e Médico 1;

- Incluído o item SOG no campo de dietas, conforme apontamento do Fisioterapeuta 2;
- Acrescentado tipo de cânula de TQT, se plástica ou metálica e rima de TOT, conforme recomendação do Fisioterapeuta 2 e Médico 1;
- Acrescentado o item tipo de dreno e localização conforme recomendação do Fisioterapeuta 2;
- Acrescentado campo para descrição do tipo de dieta VO, conforme recomendação do Nutricionista 2;
- Incluído tipos de delirium, se hipoativo, hiperativo ou misto, conforme apontamento do Psicólogo 1;
- Incluído campo sobre cuidados paliativos, conforme recomendação do Psicólogo 1;
- Incluído campo para descrição da dinâmica familiar conforme apontamento do Psicólogo 2;

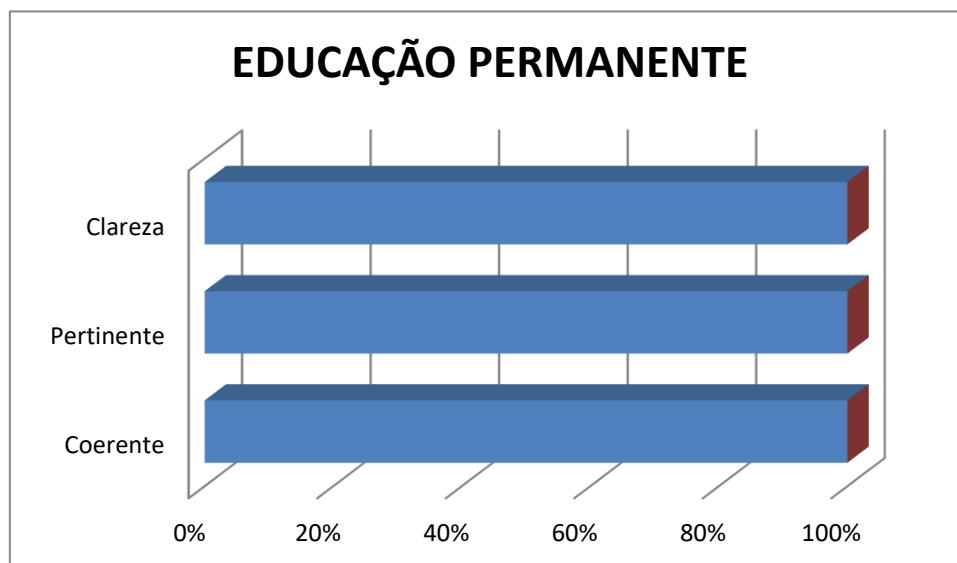
A seguir serão apresentados os resultados relacionados às recomendações de medidas preventivas gerais, as quais incluíram no protocolo a busca ativa, educação permanente, avaliação de delirium e o dimensionamento da equipe de enfermagem.

Gráfico 4- Avaliação da recomendação de medidas preventivas gerais- Busca Ativa



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Gráfico 5- Avaliação da recomendação de medidas preventivas gerais- Educação Permanente



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

De acordo com os gráficos 4 e 5, observa-se que 15 experts (100 % da amostra) concordaram igualmente nos 2 itens: Busca Ativa e Educação Permanente. Afirmam que os itens são coerentes, pertinentes e claros, não havendo apontamentos sobre a necessidade de alterações.

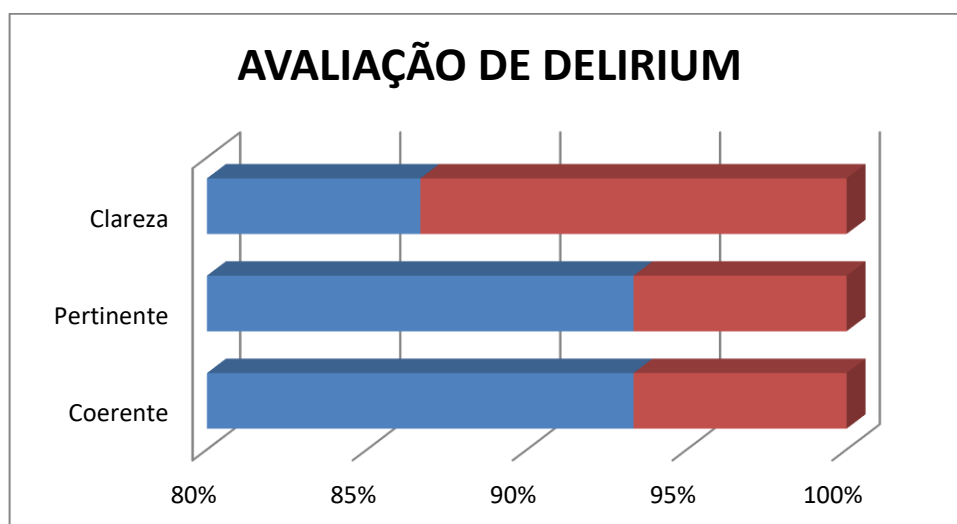
Segundo Gouvêa et al. (2010), o monitoramento da segurança do paciente em nível hospitalar é imprescindível para os processos de melhoria contínua, e pode ser efetivado por meio da implementação de indicadores de qualidade, que são definidos como medidas quantitativas relacionadas ao cuidado ao paciente.

É importante ressaltar que a ocorrência de eventos adversos é decorrente de problemas sistêmicos e de caráter multifatorial, tendo em vista a complexidade dos sistemas hospitalares, podendo atingir diversas dimensões, sejam elas relacionadas à prática profissional, produtos, processos e/ou sistemas. Desta forma, são necessárias medidas preventivas que contemplem questões de organização, cultura, práticas laborais, gestão da qualidade, estratificação de riscos e oportunidade de aprendizado a partir de erros (REIS et al., 2013).

Neste contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) permite a constante atualização dos trabalhadores e sua incorporação às mudanças

decorrentes do processo laboral, além disso, qualifica, capacita e recicla os saberes e as práticas do profissional de enfermagem, o que se reflete na qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Destaca-se que os processos de EPS precisam convergir com a realidade dos serviços, acontecendo de forma horizontal e interdisciplinar (FERRAZ *et al.* 2014).

Gráfico 6- Avaliação da recomendação de medidas preventivas gerais- Avaliação de Delirium



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

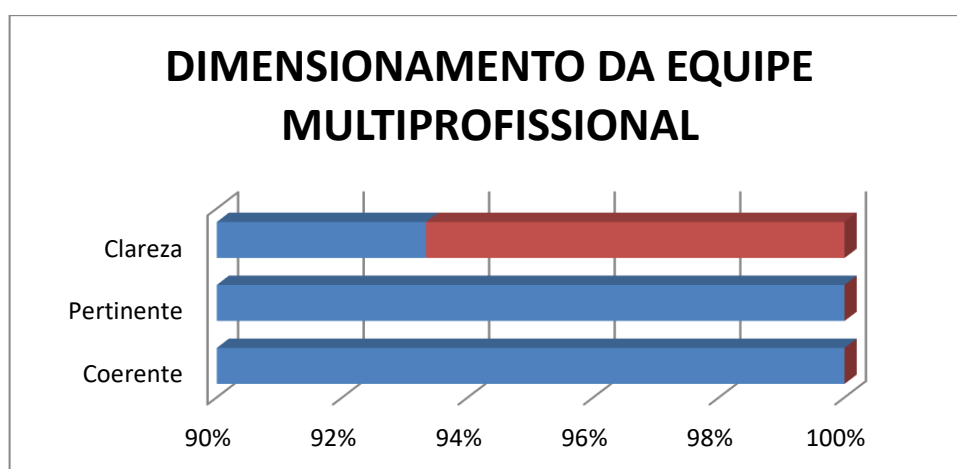
Já no item sobre a recomendação de avaliação de delirium como estratégia de prevenção de eventos adversos no geral, 14 experts (93% da amostra) julgaram o item como coerente e pertinente e 13 (87% da amostra) como claro. Nos apontamentos realizados nos campos abertos do questionário, 2 médicos afirmaram acreditar que o item era repetitivo pois havia sido citado nas atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de alguns eventos adversos em especial, contudo os psicólogos consideraram uma potencialidade do protocolo o destaque da avaliação do delirium para a prevenção de eventos adversos, indo ao encontro das evidências encontradas na revisão sistemática que subsidiou a construção da versão alpha do protocolo, por isso o item foi mantido.

A literatura também aponta a importância da avaliação do delirium em terapia intensiva, sendo uma disfunção orgânica prevalente em UTI, podendo ter sua incidência avaliada entre 5 a 92% e sendo uma condição que prolonga

o tempo de internamento, a necessidade de ventilação mecânica e a mortalidade do paciente crítico (CARVALHO et. al, 2013).

De acordo com Pincelli et al. (2015), apesar de muito prevalente em unidades de terapia intensiva, o delirium nem sempre é diagnosticado, por conta da desvalorização desta condição, consequentemente os quadros de delirium não são tratados em cerca de 30 a 66% dos casos, podendo levar a eventos adversos e até mesmo à morte.

Gráfico 7- Avaliação da recomendação de medidas preventivas gerais- Dimensionamento da equipe multiprofissional



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Na proposta inicial, a recomendação era sobre o dimensionamento correto da equipe de enfermagem, considerada linha de frente no cuidado ao paciente crítico, contudo, já nos primeiros apontamentos, os experts sugeriram que o item fosse alterado para dimensionamento da equipe multiprofissional. Para este item 15 experts (100%) concordaram que havia coerência e pertinência e 14 (93%), que havia clareza em relação ao mesmo.

É ressaltado por Araújo et al. (2016), que para evitar a fragmentação da equipe e realmente transformar um grupo de pessoas em uma equipe interdisciplinar são necessários alguns fatores, dentre os quais está o melhor dimensionamento do trabalho de acordo com o número de profissionais.

Para a promoção de qualidade e segurança nos serviços de saúde é necessário um adequado dimensionamento de pessoal, além da qualificação

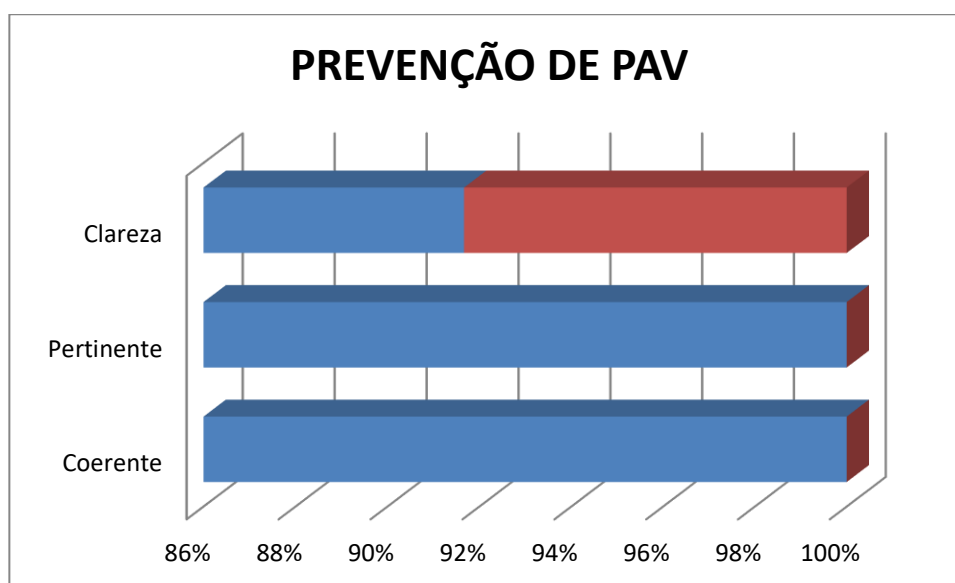
de recursos humanos e materiais para se suprir as demandas dos pacientes (Oliveira et al., 2016).

Todos os itens do protocolo supracitados compõem a parte multiprofissional do protocolo proposto, desta forma foram enviados a todos os experts que compuseram a amostra.

Já os itens que serão apresentados a seguir foram enviados de acordo com a expertise de cada um, ou seja, foram divididos de acordo com as atribuições de cada categoria da equipe multiprofissional.

Além disso, foram centrados na prevenção de eventos adversos específicos, os quais emergiram como os mais comuns em unidades de terapia intensiva, nos resultados da revisão sistemática que embasou a construção da versão alpha.

Gráfico 8- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de PAV



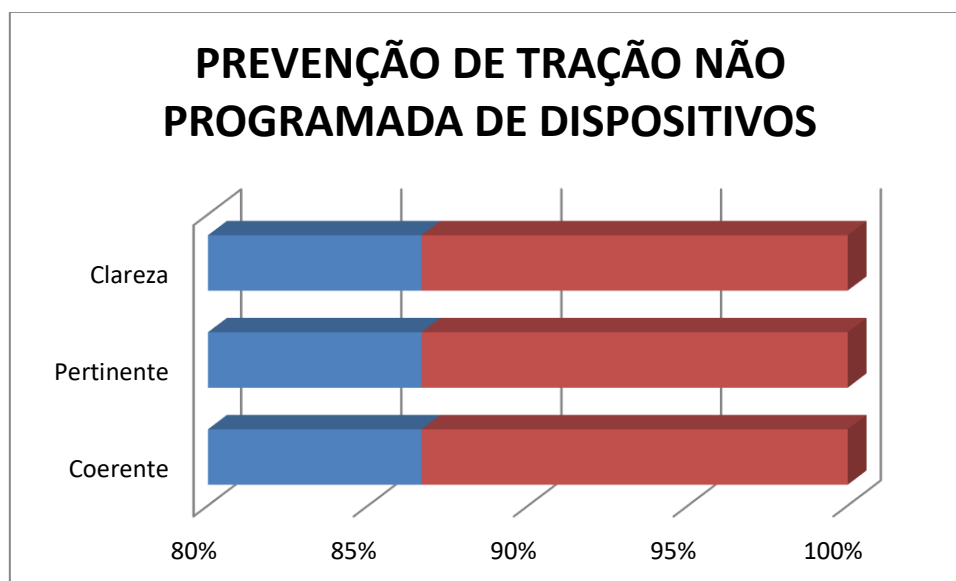
Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Para este item do protocolo não foram descritas recomendações para psicólogos, desta maneira o item não foi enviado para os experts desta categoria profissional, sendo avaliado por um total de 12 experts, das demais áreas que perfazem a equipe multiprofissional. Destes, 12 (100% da amostra) concordaram que o item era coerente e pertinente e, 11 (91% da amostra) que o mesmo era claro.

Em relação às recomendações feitas pelos especialistas para aprimoramento do item na construção da versão beta do protocolo, estão:

- Incluídos os itens "Avaliar critérios para desmame ventilatório e extubação" e "posicionamento a 30º- 45º" conforme apontamento dos Fisioterapeutas 2 e 3;
- Alterado o item sobre realização de manobras de fisioterapia respiratória para "Realizar fisioterapia respiratória", conforme apontamento do Fisioterapeuta 1;
- Acrescentados os itens sobre verificação de pressão do cuff e posicionamento do filtro de barreira conforme Fisioterapeuta 2;
- Incluído o item sobre avaliação de desmame de sedação diariamente, conforme recomendação do Médico 1.

Gráfico 9- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de tração não programada de dispositivos

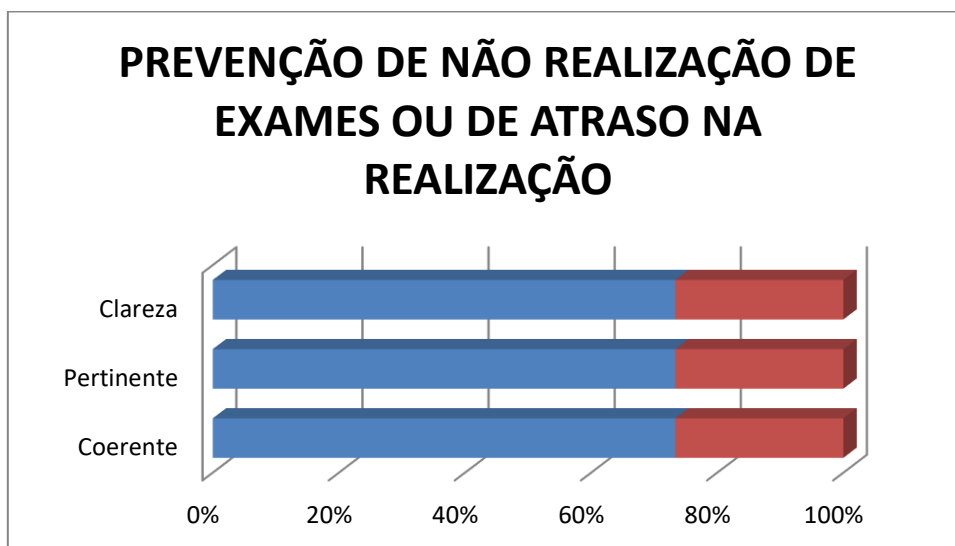


Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

O gráfico demonstra que 13 experts (87% da amostra) concordaram que o item era coerente, pertinente e claro. Para este item houve apenas uma sugestão de alteração, como descrito abaixo.

- Incluído o item "Realizar entrevista clínica e avaliar demandas do paciente e da família frente à vivência de internação em UTI", conforme recomendação do Psicólogo 1;

Gráfico 10- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de não realização de exames e/ou atraso na realização



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Este item foi o que obteve menor índice de aprovação por parte dos experts, como demonstrado no gráfico, 11 experts (73% da amostra) o julgaram como coerente, pertinente e claro. Alguns questionaram se seria considerado como um evento adverso o fato de o paciente ter um exame adiado ou atrasado.

Neste contexto, faz-se necessário refletir sobre as consequências de um atraso em procedimentos diagnósticos para o paciente crítico. Além disso, o preparo do paciente para a realização de exames muitas vezes envolve situações tais como o jejum, e quando há falhas na operacionalização destes exames, pode haver como consequência o prolongamento do jejum e o prejuízo ao aporte nutricional do paciente.

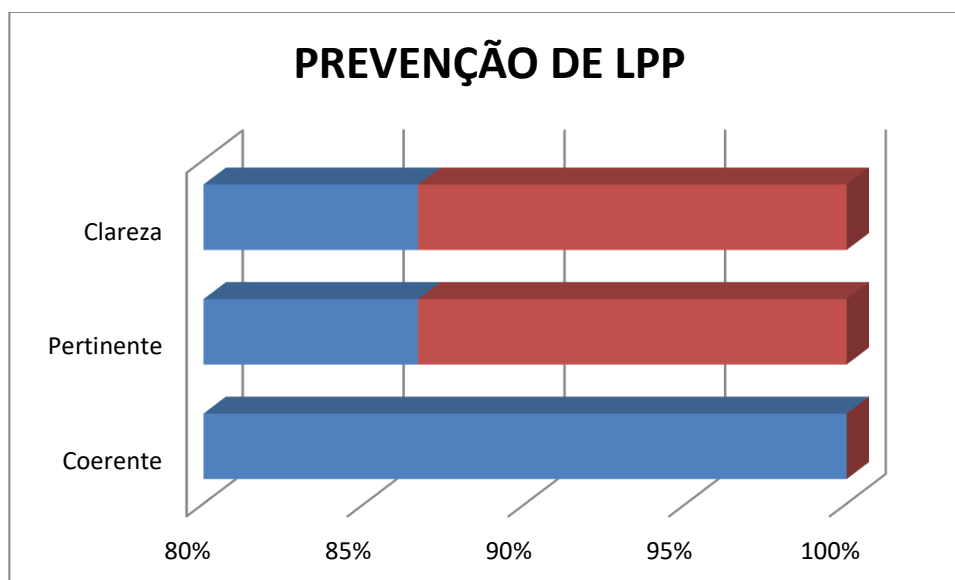
O estudo de Veiga et al. (2019), discute o atraso na realização de exames como um tipo de evento adverso não clínico, que pode afetar o paciente devido a problemas de comunicação ou de falha de equipamentos.

Já o artigo de Canineu et al. (2006), que aborda as iatrogenias em medicina intensiva enfatiza que em relação aos eventos adversos mais prevalentes em UTI estão as falhas na prevenção e no diagnóstico das doenças, o que destaca ocorrer pela não aderência a protocolos.

Entre as recomendações de alteração estão:

- Incluso item "Checar resultados de exames", conforme recomendação do médico 2;
- Alterado item: "Encorajar paciente e família para o tratamento", para: "Acolher o paciente e a família na vivência da internação", "Auxiliar no esclarecimento de dúvidas do paciente e familiares sobre o tratamento", "Compreender razões para a negativa de um tratamento", "Verificar o nível de compreensão e capacidade para tomada de decisões" e "Manejar as demandas psicológicas do paciente e familiares", conforme apontamentos dos Psicólogos 1,2 e 3.

Gráfico 11- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de lesão por pressão-LPP

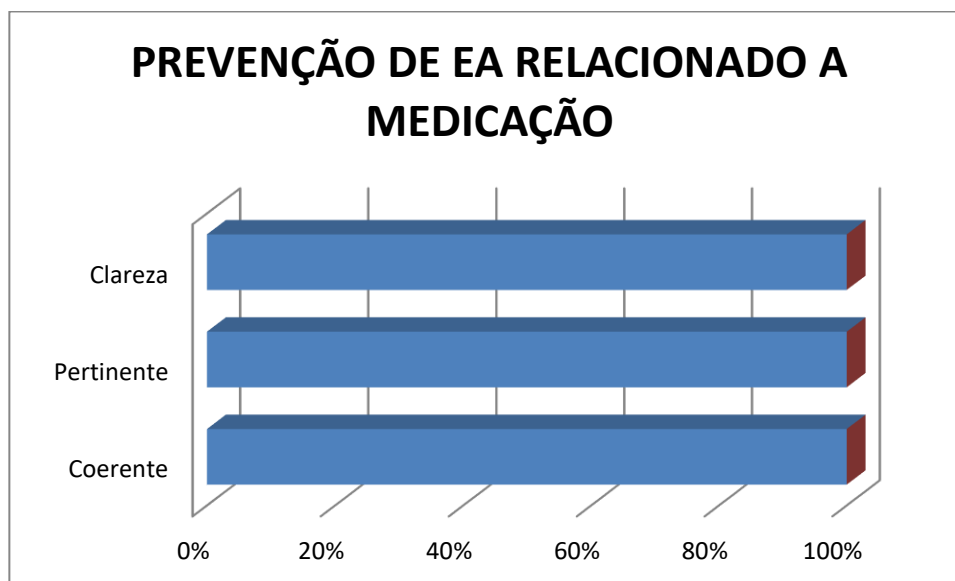


Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Quanto a este item, 15 experts (100% da amostra) o julgaram coerente e 13 (87% da amostra) o julgaram pertinente e claro, sendo as recomendações para adaptação do protocolo demonstradas abaixo.

- Adicionada a escala de Braden, conforme apontamento do Enfermeiro 3;
- Acrescentado item sobre controle glicêmico adequado, conforme recomendação do Nutricionista 2;
- Substituído o termo encorajar por auxiliar, nos itens relacionados à psicologia, conforme apontamento do Psicólogo 1;

Gráfico 12- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de eventos adversos relacionados à medicação



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

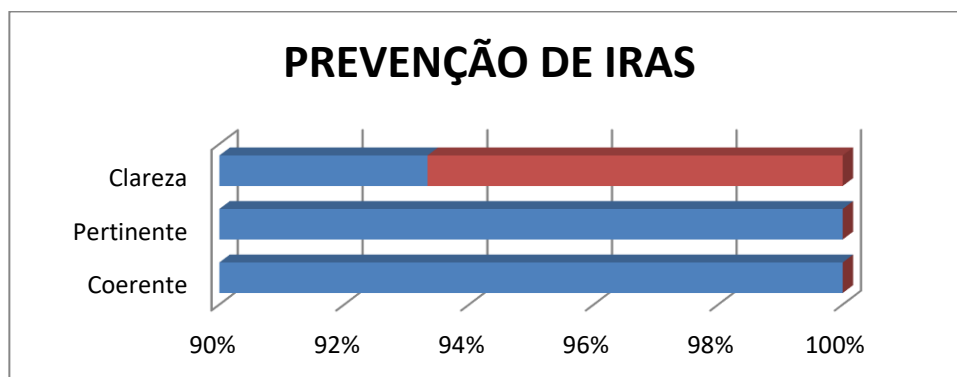
Como evidenciado no gráfico 15 experts (100% da amostra) julgaram o item como coerente, pertinente e claro, havendo apenas uma pequena sugestão de alteração para a versão beta, apresentada a seguir.

- Acrescentado os 11 certos conforme recomendação do Enfermeiro 2.

O item a seguir aborda as infecções associadas à assistência à saúde, entre estas infecções pode-se citar as infecções de corrente sanguínea, associadas a cateteres venosos, as infecções urinárias associadas a sondas vesicais de demora, as infecções de sítio cirúrgico, entre outras.

Ressalta-se que estes tipos de infecção foram agrupados e separados das pneumonias associadas à ventilação mecânica- PAV. Esta divisão ocorreu devido a PAV ter apresentado um destaque nos resultados obtidos na revisão sistemática apresentada no capítulo 2 desta dissertação, sendo abordada de maneira distinta e com maior ênfase quanto a sua prevalência como evento adverso em unidades de terapia intensiva.

Gráfico 13- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de infecções associadas à assistência à saúde- IRAS



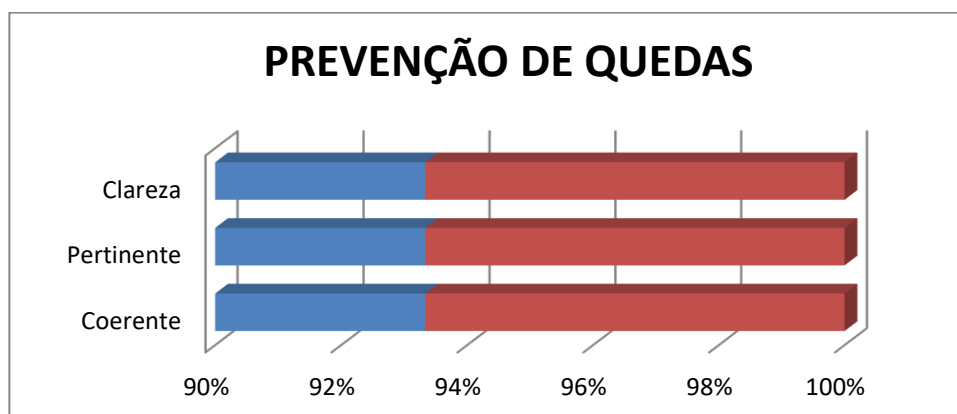
Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

O gráfico demonstra que 15 experts (100% da amostra) julgaram o item como coerente e pertinente e 14 experts (93% da amostra) o julgaram como claro. A clareza do item foi questionada em relação à PAV ser abordada separadamente, fato supracitado.

Quanto às recomendações de adaptação, estas enfatizaram a meta internacional de higienização das mãos e o preparo adequado de medicações, como descrito abaixo.

- Incluso item sobre preparo de medicações em local próprio e de forma asséptica, conforme apontamento do Enfermeiro 3;
- Acrescentados os 5 momentos de higienização das mãos conforme recomendação do Fisioterapeuta 2;

Gráfico 14- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de quedas

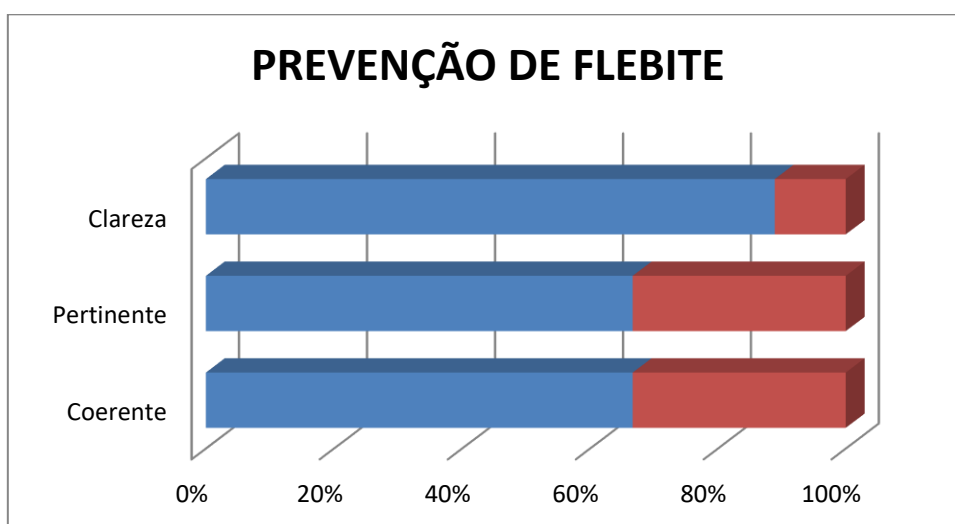


Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Em relação ao item que aborda as estratégias de prevenção de quedas em unidades de terapia intensiva, 14 experts (93% da amostra) o consideraram coerente, pertinente e claro. Havendo apenas uma recomendação para adaptação, apresentada abaixo.

- Acrescentada a escala de Morse de acordo com a recomendação do Enfermeiro 3;

Gráfico 15- Atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de flebite



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Referente ao último item avaliado, o mesmo não foi enviado para os fisioterapeutas e psicólogos, sendo avaliado por um total de 9 experts. Destes, 6 (67% da amostra) o consideraram coerente e pertinente e 8 (89% da amostra) o julgaram claro. Não houve recomendações aceitas para a versão beta relacionadas a este item.

Após a análise crítica de todos os apontamentos feitos pelo painel de experts nesta primeira etapa, o protocolo foi readequado e construída a versão beta, apresentada a seguir.

VERSÃO BETA DO PROTOCOLO DE UTI SEGURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a cada 10 pacientes, um é vítima de erros e eventos adversos evitáveis durante cuidados à saúde, em âmbito global (PERÃO et al., 2017). Sendo definida por segurança do paciente “a redução do risco de danos desnecessários durante os processos assistenciais e uso das boas práticas para alcançar os melhores resultados para o cuidado de saúde” (PADILHA et al., 2015).

Neste contexto, as unidades de terapia intensiva (UTI), tem um papel de destaque, pois como se tratam de ambientes de tratamento ao paciente crítico, são consideradas um dos cenários mais propícios a ocorrência de eventos adversos graves.

As condições clínicas instáveis do paciente de UTI, onde mudanças orgânicas sutis já podem levar à grave deterioração de funções orgânicas, constitui um risco aumentado para ocorrência de eventos adversos, que além de indesejáveis, são extremamente prejudiciais, sendo importante o entendimento sobre os riscos inerentes a assistência e ao contexto no qual ela ocorre (BARBOSA et al., 2014).

Este protocolo tem por objetivo padronizar condutas que viabilizem a diminuição da incidência de eventos adversos em UTI.

RISCOS POTENCIAIS

A complexidade da assistência à saúde que ocorre nas UTIs leva a questionamentos sobre riscos potenciais para ocorrência de eventos adversos, inerentes a prática de cuidados com a saúde.

Através do levantamento de dados realizado por meio de revisão sistemática, conclui-se que os eventos mais comuns nestas unidades são os listados abaixo:

- Pneumonia associada a ventilação mecânica-PAV;

- Tração não programada de dispositivos;
- Não realização de exames;
- Lesão por pressão- LPP;
- EA associados à medicação;
- Infecção associada aos cuidados à saúde;
- Queda;
- Flebite.

ADMISSÃO SEGURA

Para a garantia de segurança do paciente em UTI é necessário que algumas medidas sejam pensadas desde a admissão.

Uma das principais medidas seria a identificação dos riscos de cada paciente durante os procedimentos de admissão, o que poderia ocorrer através de um check box no sistema informatizado da instituição que gerasse uma identificação de leito que contivesse a informação a respeito de tais riscos conforme modelo a seguir.

Modelo de identificação de Leito

IDENTIFICAÇÃO DE LEITO	
NOME: XXXXXXXXXXXXX	Nº DE ATENDIMENTO: XXXXXX
NOME DA MÃE: XXXXXXXXXXXXX	DATA DE NASCIMENTO: 00/00/0000
RISCOS POTENCIAIS PARA EVENTOS ADVERSOS:	
<input type="checkbox"/> Pneumonia associada a ventilação mecânica-PAV;	
<input type="checkbox"/> Tração não programada de dispositivos;	
<input type="checkbox"/> Não realização de exames;	
<input type="checkbox"/> Lesão por pressão- LPP;	
<input type="checkbox"/> Eventos adversos associados à medicação;	
<input type="checkbox"/> Infecção associada aos cuidados à saúde;	
<input type="checkbox"/> Queda;	
<input type="checkbox"/> Flebite;	
<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	

O fato de a identificação de leitos já incluir os riscos do paciente pouparia tempo dos enfermeiros para identificação destes riscos e deixaria o ambiente menos poluído e com dados mais objetivos.

Na sequência é apresentado um fluxograma de admissão segura, no formato de check box.

Fluxograma de admissão segura

Box

- Preparo e organização do box ()sim ()não () não se aplica
- Roupa de cama ()sim ()não () não se aplica
- Monitor testado ()sim ()não () não se aplica
- Monitor ligado a rede de energia ()sim ()não () não se aplica
- Cabos de monitorização multiparamétrica dispostos corretamente ()sim ()não () não se aplica
- Fralda disponível no box ()sim ()não () não se aplica

Suporte de oxigênio terapia

- Ventilador montado e testado ()sim ()não () não se aplica
- Ventilador ligado a rede de energia ()sim ()não () não se aplica
- Filtro de barreira a disposição ()sim ()não () não se aplica
- Névoa úmida a disposição ()sim ()não () não se aplica
- Cateter nasal a disposição ()sim ()não () não se aplica
- dispositivo bolsa-válvula-máscara disponível ()sim ()não () não se aplica
- Regua de gases testada ()sim ()não () não se aplica
- Material de aspiração disponível ()sim ()não () não se aplica

Suporte a terapia infusional

- Paciente admitido com acesso venoso () sim () não () não se aplica
- Material para punção de AVP disponível () sim () não () não se aplica
- Material para punção de CVC disponível () sim () não () não se aplica
- Bombas infusoras em número suficiente no leito leito () sim () não () não se aplica

Dimensionamento de equipe

- Técnico de enfermagem dimensionado para admissão e cuidado do paciente leito () sim () não () não se aplica
- Enfermeiro dimensionado para admissão e cuidado leito () sim () não () não se aplica
- Médico disponível para admissão e assistência ao paciente leito () sim () não () não se aplica
- Fisioterapeuta disponível para admissão e assistência ao paciente leito () sim () não () não se aplica

Registros e prescrições

- Realizada anamnese e exame físico () sim () não () não se aplica
- Realizada prescrição de enfermagem () sim () não () não se aplica
- Coletados dados sobre antecedentes morbidos pessoais () sim () não () não se aplica
- Coletados dados sobre medicações de uso contínuo () sim () não () não se aplica
- Coletados dados sobre alergias () sim () não () não se aplica
- Coletados dados sobre cirurgias e internamentos prévios () sim () não () não se aplica

Informações adicionais

- Paciente em precaução de contato () sim () não () não se aplica
- Paciente em isolamento protetor () sim () não () não se aplica
- Paciente em precaução por gotículas () sim () não () não se aplica
- Paciente em precaução por aerossóis () sim () não () não se aplica
- Apresenta lesões de pele () sim, especificar: _____
() não () não se aplica
- Mantém pertences no box () sim, especificar: _____
() não () não se aplica
- Presença de acompanhante () sim () não () não se aplica
- Paciente alérgico () sim, especificar: _____
() não () não se aplica

PASSAGEM DE PLANTÃO SEGURA

A passagem de plantão constitui uma importante ferramenta para segurança em UTI e deve ser centrada no paciente, pra isso, é necessário que seja realizada beira leito, identificando situações de risco para ocorrência de eventos adversos nas trocas de plantão.

A padronização de informações que devem ser passadas durante a troca de plantão pode subsidiar um processo mais efetivo, além de atender ao protocolo internacional de segurança do paciente que visa a comunicação efetiva.

A seguir é apresentado um modelo de passagem de plantão multiprofissional para o paciente em unidade de terapia intensiva.

()	
Ostomias: _____	
Precaução () não () sim _____	Cuidados paliativos () não () sim _____
Exames	
Acompanhantes	Observações quanto a dinâmica familiar:
Pendências	
Observações	

FLUXOGRAMAS DAS ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA- PAV

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Atenta-se para validade de dispositivos como filtro de barreira; • Atentar-se ao posicionamento do filtro de barreira; • Evitar condensados nas traqueias; • Manter cabeceira elevada de 30 a 45°; • Atentar-se ao posicionamento do paciente no leito; • Realizar dimensionamento de pessoal adequado; • Realizar aspiração de TOT, TQT e VAS de forma asséptica; • Manter higiene oral; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente.
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar de forma constante plano de antibioticoterapia; • Avaliar a retirada de sedação diariamente; • Prover condições de extubação e desmame de VM precocemente.
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar aspiração de TOT, TQT e VAS de forma asséptica; • Manter cabeceira elevada de 30 a 45°; • Avaliar constantemente necessidade de VM; • Avaliar critérios para desmame ventilatório e extubação; • Realizar fisioterapia respiratória; • Atentar-se para adequada pressão do cuff; • Atentar-se ao posicionamento do filtro de barreira; • Prover condições de extubação e desmame de VM precocemente.
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Prover condições de adequado suporte nutricional ao paciente em VM.

TRAÇÃO NÃO PROGRAMADA DE DISPOSITIVOS

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado de alerta do paciente; • Manter fixação adequada de dispositivos; • Atentar-se para mobilização no leito, banho de leito e transporte de pacientes com dispositivos que apresentem riscos de tração; • Preservar a autonomia do paciente dentro de suas fragilidades potencialidades; • Realizar dimensionamento de pessoal adequado; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar efetiva avaliação e manejo de delirium junto a psicologia; • Realizar prescrição de contenções medicamentosas se necessário;
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a movimentação do paciente conforme sua condição de saúde; • Sentar o paciente em poltrona junto à equipe de enfermagem; • Realizar exercícios que estimulem a parte motora;
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado nutricional do paciente; • Prover condições de adequado suporte nutricional;
PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar efetiva avaliação e manejo de delirium junto à equipe multidisciplinar; • Realizar entrevista clínica e avaliar demandas do paciente e da família frente à vivência de internação em UTI; • Implementar estratégias de prevenção do delirium.

NÃO REALIZAÇÃO DE EXAMES E/OU ATRASO NA REALIZAÇÃO

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar dimensionamento de pessoal adequado; • Realizar passagem de plantão efetiva e centrada no paciente; • Atentar-se as orientações de preparo de exames, como por exemplo, tempo de jejum; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar prescrição de preparo de exames; • Comunicar-se efetivamente com os membros da equipe multiprofissional; • Checar resultados de exames.
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar-se efetivamente com os membros da equipe multiprofissional;
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado nutricional do paciente; • Prover condições de adequado suporte nutricional; • Orientar protocolos de jejum para equipe; • Prevenir jejum prolongado.
PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Dar suporte emocional ao paciente e a família; • Auxiliar na comunicação efetiva entre equipe multiprofissional, paciente e família; • Acolher o paciente e a família na vivência da internação; • Auxiliar no esclarecimento de dúvidas do paciente e familiares sobre o tratamento; • Compreender razões para a negativa de um tratamento; • Verificar o nível de compreensão e capacidade para tomada de decisões. • Manejar as demandas psicológicas do paciente e familiares.

LESÃO POR PRESSÃO- LPP

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar avaliação de pele do paciente constantemente; • Manter roupas de cama limpas, secas e esticadas; • Atentar-se ao posicionamento do paciente no leito; • Realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas; • Implementar uso de coxins para diminuir pressão de proeminências ósseas; • Realizar adequado dimensionamento de pessoal; • Atentar-se a infundir vazão de dieta prescrita; • Manter controle glicêmico adequado; • Realizar escala de Braden diariamente; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar constantemente estado de saúde do paciente; • Prover condições para retirada de dispositivos invasivos precocemente; • Realizar controle de volume de dieta prescrito x infundido;
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Sentar o paciente em poltrona junto a equipe de enfermagem; • Estimular o paciente a sair do leito quando possível; • Realizar exercícios que promovam melhor mobilidade no leito.
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado nutricional do paciente; • Prover condições de adequado suporte nutricional para cicatrização; • Realizar controle de volume de dieta prescrito x infundido;
PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Dar suporte emocional ao paciente e a família; • Auxiliar na comunicação efetiva entre equipe multiprofissional, paciente e família; • auxiliar no esclarecimento de dúvidas do paciente e familiares

sobre o tratamento;

EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO

ENFERMEIRO

- Atentar-se a polimedicação;
- Realizar adequado dimensionamento de pessoal;
- Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
- Seguir orientações do protocolo de segurança para administração de medicamentos e 11 certos;
- Realizar identificação de bins, frascos, seringas e demais materiais/dispositivos de medicação;
- Atentar-se a identificação de leitos;
- Sinalizar reações alérgicas;
- Atentar-se a vazão de drogas;
- Atentar-se a incompatibilidade de medicações;
- Prover e manter cateteres vasculares;
- Supervisionar e dar suporte a equipe de enfermagem.

MÉDICO

- Realizar prescrição de medicamentos conforme padronização da instituição;
- Atentar-se para incompatibilidade de medicações;
- Reavaliar constantemente plano terapêutico;
- Prover condições de desmama de drogas precocemente;

PSICÓLOGO

- Dar suporte emocional ao paciente e a família;
- Auxiliar na comunicação efetiva entre equipe multiprofissional, paciente e família;
- Esclarecer dúvidas do paciente e família sobre o tratamento;
- Dar suporte a equipe em casos de ocorrência de EA;
- Auxiliar na realização do *disclosure*;

INFECÇÃO ASSOCIADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos respeitando os 5 momentos conforme protocolo internacional de segurança do paciente; • Realizar dimensionamento de pessoal adequado; • Realizar aspiração de TOT, TQT e VAS de forma asséptica; • Realizar desinfecção de hubs conforme POP da instituição; • Realizar procedimentos invasivos de forma asséptica; • Atentar-se ao cuidado de drenos e sondas; • Atentar-se as precauções; • Realizar preparo de medicações em local próprio e de forma asséptica; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos respeitando os 5 momentos conforme protocolo internacional de segurança do paciente; • Prover condições para retirada de dispositivos invasivos precocemente; • Realizar procedimentos invasivos de forma asséptica; • Atentar-se as precauções;
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos respeitando os 5 momentos conforme protocolo internacional de segurança do paciente; • Realizar aspiração de TOT, TQT e VAS de forma asséptica; • Atentar-se as precauções;
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos respeitando os 5 momentos conforme protocolo internacional de segurança do paciente; • Avaliar estado nutricional do paciente; • Prover condições de adequado suporte nutricional; • Atentar-se as precauções;
PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos respeitando os 5 momentos conforme protocolo internacional de segurança do paciente; • Atentar-se as precauções;

QUEDA

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar constantemente o estado de alerta do paciente; • Preservar a autonomia do paciente de acordo com suas potencialidades e fragilidades; • Organizar disposição de mobiliários de forma a facilitar o acesso do paciente a campainha, copos de água, papagaios e objetos pessoais; • Manter grades do leito sempre elevadas; • Realizar dimensionamento de pessoal adequado; • Realizar escala de Morse diariamente; • Orientar ao paciente e familiares quanto a importância da manutenção das grades elevadas; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar efetiva avaliação e manejo de delirium junto a psicologia; • Realizar prescrição de contenções medicamentosas se necessário; • Orientar ao paciente e familiares quanto a importância da manutenção das grades elevadas;
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Manter grades do leito sempre elevadas; • Orientar ao paciente e familiares quanto a importância da manutenção das grades elevadas;
PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Manter grades do leito sempre elevadas; • Orientar aos pacientes e familiares quanto à importância da manutenção das grades elevadas; • Realizar efetiva avaliação e manejo de delirium junto à equipe multidisciplinar; • Realizar entrevista clínica e avaliar demandas do paciente e da família frente à vivência de internação em UTI; • Implementar estratégias de prevenção do delirium.

FLEBITE

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none">• Realizar dimensionamento de pessoal adequado;• Avaliar acessos vasculares constantemente quanto a sinais flogísticos;• Atentar-se ao sítio de inserção de cateteres;• Discutir com a equipe médica as vias de acesso mais recomendadas a terapia prescrita;• Atentar-se a vazão de drogas;• Atentar-se a incompatibilidade de medicações;• Prover e manter cateteres vasculares;• Supervisionar e dar suporte a equipe de enfermagem.• Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none">• Discutir com a equipe de enfermagem as vias de acesso mais recomendadas a terapia prescrita;• Atentar-se a vazão de drogas;• Atentar-se a incompatibilidade de medicações;• Reavaliar constantemente plano terapêutico;• Prover condições de desmama de drogas precocemente;
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar estado nutricional do paciente;• Prover condições de adequado suporte nutricional;

MEDIDAS PREVENTIVAS GERAIS

Busca ativa

Realizar busca ativa de eventos adversos, tendo em vista a subnotificação em modelos tradicionais. Estimular a conduta de segurança do paciente e entender a notificação como item de melhoria contínua

Dimensionamento da equipe multiprofissional

O dimensionamento das equipes é um dos principais fatores de qualidade assistencial, segurança do paciente e prevenção de eventos adversos.

Educação Permanente

Quanto mais qualificadas as equipes de saúde menor as chances de ocorrência de eventos adversos.

Avaliação do delirium

A correta avaliação e manejo do delirium perfaz uma das principais estratégias de prevenção contra os eventos adversos mais prevalentes em UTI.

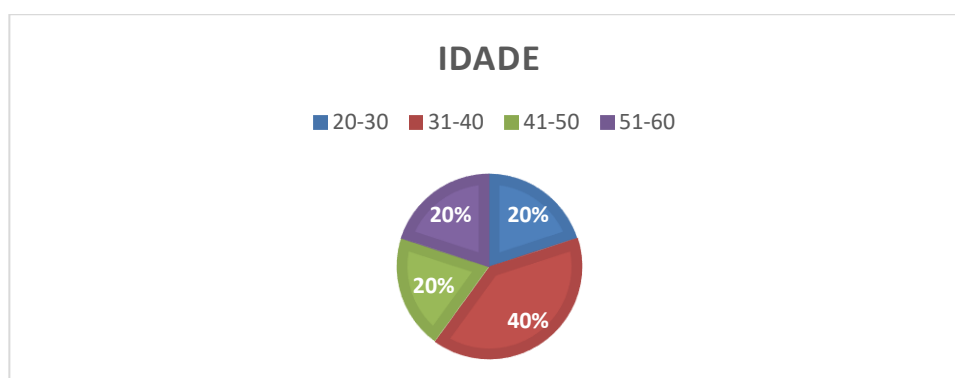
4.2 RESULTADOS SEGUNDA ETAPA DE VALIDAÇÃO

A versão beta do protocolo apresentada anteriormente e que consta na íntegra no apêndice 3, foi submetida ao julgamento de mais 5 especialistas, na segunda etapa da validação, constituída por uma abordagem qualitativa.

Esta versão criada a partir das recomendações que os experts fizeram na primeira etapa foi apresentada a um profissional de cada categoria que é abordada no protocolo, sendo um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um nutricionista e um psicólogo.

O perfil sócio demográfico dos especialistas deste painel é apresentado a seguir.

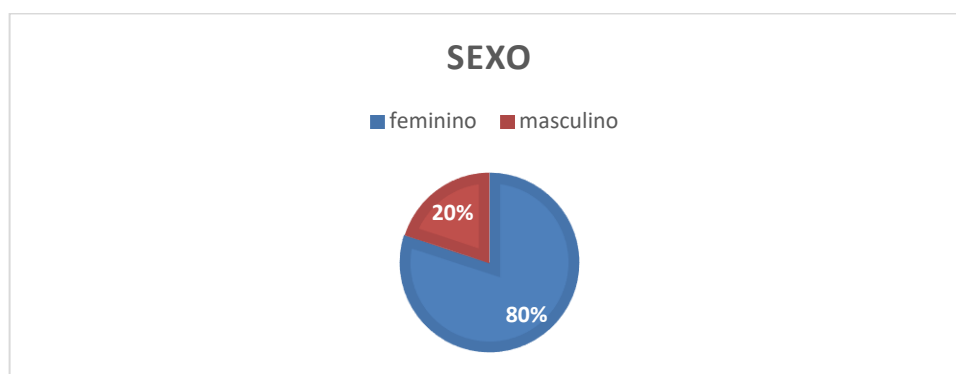
Gráfico 16 - Perfil sócio demográfico dos especialistas da segunda etapa- IDADE



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Conforme evidenciado no gráfico 1 a faixa etária de maior prevalência foi a de 31-40 anos, representando 40% da amostra.

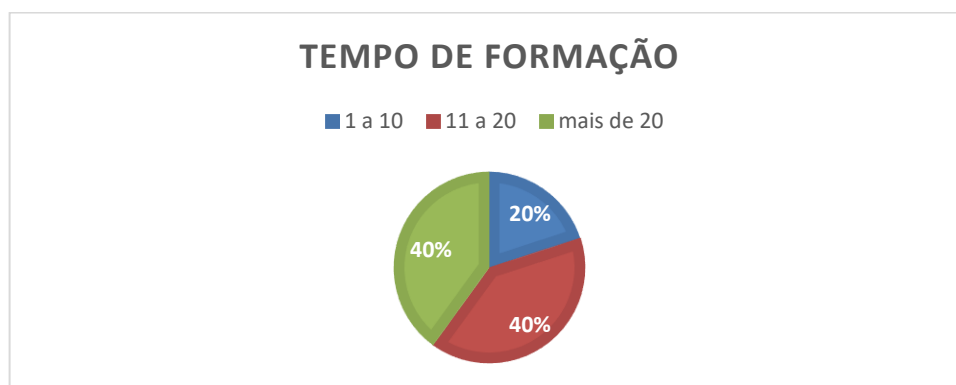
Gráfico 17 - Perfil sócio demográfico dos especialistas da segunda etapa- SEXO



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao sexo, prevaleceram especialistas do sexo feminino, perfazendo 80% da amostra deste painel.

Gráfico 18 - Perfil sócio demográfico dos especialistas da segunda etapa- TEMPO DE FORMAÇÃO



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto ao tempo de formação profissional 20% (um especialista) tinha entre 1 e 10 anos de formação, 40% (2 especialistas) tinham de 11 a 20 anos de formação e 40% (2 especialistas) tinham mais de 20 anos de formação.

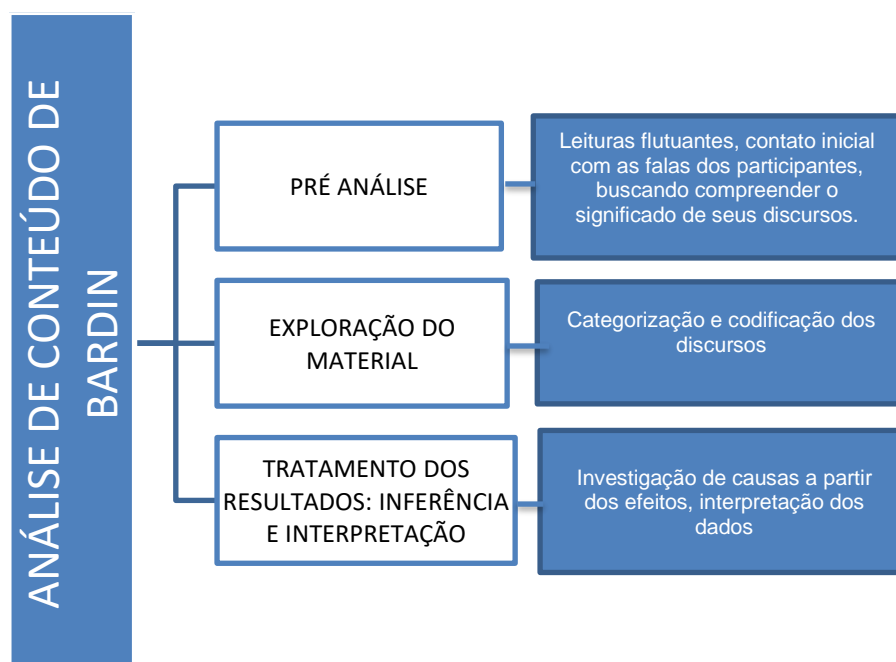
Gráfico 19 - Perfil sócio demográfico dos especialistas da segunda etapa- TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM UTI



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao tempo de experiência em terapia intensiva 20% (um especialista) tinha mais de 20 anos de experiência, 40% (2 especialistas) tinham de 11 a 20 anos de experiência e 40% (2 especialistas) tinham menos de 10 anos de experiência.

Após os especialistas deste painel terem contato com o material, foram agendadas entrevistas para avaliação do protocolo na íntegra e com abordagem multiprofissional. Estas entrevistas foram semiestruturadas, contendo 4 perguntas disparadoras para nortear o diálogo, conforme apresentado no APÊNDICE 1. As mesmas foram gravadas, transcritas e analisadas conforme a proposta de Bardin (2011), percorrendo as etapas descritas abaixo:



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Após percorrer estas etapas emergiram as categorias apresentadas a seguir.

Categoria 1: Relevância/ dificuldades da aplicação de protocolos para segurança do paciente

Esta categoria emergiu através da perspectiva dos especialistas de que entre as questões levantadas sobre medidas que potencializam a segurança do paciente em instituições hospitalares, está o desenvolvimento de protocolos assistenciais que subsidiem a prática profissional, como evidenciado nos discursos a seguir.

“De acordo com a minha experiência, ele vai atuar de forma positiva para que não ocorra eventos adversos de forma aleatória, ou que não saiba o que ser feito, eu acho que hoje, depois de 17 anos de UTI, isso, é o caminho é esse, equipe multi mas tem que seguir né, ter um conteúdo” (ESPECIALISTA 1).

“Parabéns pelo teu trabalho, bem legal, gostei mesmo! E é uma área que a gente trabalha, e que sabe, mesmo a gente depois de tanto tempo sabe, as vezes vê o paciente mas não se atenta sobre um detalhe qualquer coisa [...]” (ESPECIALISTA 2).

“[...] coloca a gente pra pensar mesmo né, até porque são atribuições bem básicas e sistemáticas pra gente ter isso na cabeça, que a gente faz mas a gente não dá nome, a gente não sabe direito né, e aí quando a gente vê escrito a gente fala é mesmo, a gente faz!” (ESPECIALISTA 5).

Pode-se identificar por meio das falas dos especialistas que compuseram o painel, que mesmo após muito tempo trabalhando com terapia intensiva os profissionais podem ter dúvidas em relação as ações de segurança, ou mesmo, não se atentarem a estas questões devido a complexa rotina das UTIs.

“Eu acho que sim, eu acho que sim, porque muitas vezes a gente age no piloto automático, muitas vezes a gente age sem parar, pensando só dentro da caixinha, a gente não sai, é tudo tão automático, é tudo tão rápido, eu sei tanto né, eu sou tão experiente, eu já sei tanto fazer isso, que você acaba perdendo aquela sensibilidade, aquele né eu acho que o roteiro nesse sentido ajudaria sim!” (ESPECIALISTA 3).

“Mas se você tem um protocolo a seguir você vai lá, não sei como é que aspira, aqui você lembra, vai lá no protocolo e pega, é daquele jeito” (ESPECIALISTA 1).

Também se pode apreender que a equipe considera o uso de roteiros e check lists como estratégias positivas para promoção de qualidade em terapia intensiva.

Corroborando com a afirmação acima, Silva et al. (2016), enfatizam que práticas de treinamento e capacitação das equipes e a utilização de protocolos e ckeck lists voltados a suas intervenções, subsidiam uma prática profissional mais segura e eficiente, e, como maior qualidade para o paciente.

Além disso, envolver as equipes na elaboração destes protocolos é algo extremamente positivo sob a ótica do painel de especialistas que participou desta etapa de validação, pois na opinião deles o fato de participar da elaboração de instrumentos para promoção de segurança do paciente faz com que os membros da equipe se sintam motivados e valorizados.

“ Como gestora da equipe, da gente ter essa oportunidade, de ser ouvida e te poder opinar, porque não é para nutrição, é o todo do paciente né... então eu achei que ficou bem bacana, tomara que daqui a pouco isso se torne uma coisa muito mais grandiosa, que a gente possa trazer para a nossa realidade, para o nosso serviço, alguma coisa que nos contribuimos um pouquinho, mas que pode fazer muita diferença! Porque isso aqui está ligado com o serviço de qualidade do hospital também né” (ESPECIALISTA 4).

Apesar das falas irem ao encontro dos dados levantados na literatura sobre a relevância da implementação de protocolos para a qualidade da assistência e conseqüente promoção de segurança ao paciente, existem também certas dificuldades apreendidas nas falas dos especialistas em relação a aplicabilidade prática destes instrumentos.

“[...] porém não pode ter muita coisa para ser preenchido muito papel, muito item, que eu sempre penso você deixa de atender o paciente vai ficar te enchendo de papel” (ESPECIALISTA 1).

Nota-se que pode haver resistência em relação ao preenchimento de documentos relacionados a segurança do paciente, apesar da consciência de que a implementação de protocolos pode contribuir com a melhoria das práticas assistenciais.

A elaboração destes protocolos constitui um passo importante para se preencher as atuais lacunas existentes para o fortalecimento da cultura de segurança.

Também são relevantes para a padronização de condutas profissionais no atendimento do paciente em terapia intensiva, como emerge na próxima categoria.

Categoria 2: Gestão da qualidade: padronização de condutas em terapia intensiva x A inexistência de protocolos unificados e interdisciplinares para segurança do paciente em UTI

Honório e Caetano (2009), enfatizam que a implementação de protocolos assistenciais tem subsidiado a prática profissional em saúde, proporcionando uma assistência mais qualificada, humanizada, eficaz e segura ao paciente.

Atualmente, nem todos os setores de uma instituição hospitalar tem um protocolo de segurança próprio, pautado nas suas necessidades específicas. Percebe-se, por exemplo, a ausência de um protocolo de UTI segura, apesar de este ser um dos ambientes mais favoráveis à ocorrência de incidentes envolvendo a segurança do paciente.

Esta categoria surge da análise da preocupação em padronizar o atendimento ao paciente crítico, apreendida nas falas dos especialistas.

“Sim com certeza ele pode contribuir, é... primeiro porque você vai padronizar condutas seguras, né, vai ter a padronização” (ESPECIALISTA 4).

“Então eu acho que é importante, porque tudo que a gente cria um roteiro, a gente consegue seguir, mais adequadamente, né, e consegue mesmo na correria do dia a dia, você tendo um roteiro a ser seguido, é mais difícil que você saia da tua linha de cuidado, que todo mundo siga um padrão, então, eu acho importante nesse sentido” (ESPECIALISTA 3).

“[...] porque hoje eu acho importante a gente ter um protocolo para seguir de uma maneira mais regrada para as pessoas terem o mesmo... a mesma visão e o mesmo foco” (ESPECIALISTA 1).

Após a análise dos discursos fica claro que sob a óptica dos especialistas, quanto mais padronizadas as condutas multiprofissionais, menor a incidência de eventos adversos em UTI.

Corroborando com esta afirmação o estudo de Miranda et al. (2016), traz em seus resultados que após a implementação de um protocolo em

unidades de terapia intensiva, houve a diminuição considerável de infecções de trato urinário. Segundo os autores, ações educativas e a manutenção do uso do protocolo podem ser favoráveis na redução de infecções.

Neste contexto, a fala dos especialistas sobre a importância da padronização de condutas também converge para a questão do esquecimento de certos itens relacionados ao paciente, devido à complexidade e multiplicidade de procedimentos realizados em UTI.

“[...] e outra coisa que eu sou muito adepto também são os check lists, porque as vezes você vai com aquela informação que você tem que trabalhar com o paciente e você esquece daquilo, você acaba passando por cima, então o check list, vai te lembrar para que esta orquestração toda ela tem que funcionar. Tem um livro chamado check list manifesto, que ele fala, de um estudo israelense de 20 anos atrás, que colocaram um cientista na frente de um paciente de UTI e ele ficou verificando quantos procedimentos eram feitos em 24 horas e parece que somou 168 procedimentos entre aspirar o paciente, entre pegar um acesso venoso, entre passar uma sonda, passar uma medicação, 168 procedimentos, então esta orquestração ela tem que ser feita certo, não é verdade, então eu achei muito legal, porque a gente sabe que existe e que única maneira de prevenir na UTI é você pensar antes e não depois, então eu achei que ficou bem completo, pensando assim e outra coisa, ele é um protocolo que me parece que abrange adulto e pediátrico então é uma coisa que pode ser adaptada de acordo com o que você precisa” (ESPECIALISTA 2).

É evidente na literatura que o perfil do cliente interfere diretamente na incidência de eventos adversos, indo ao encontro da fala supracitada e para Silva *et al.* (2006), os pacientes em estado grave estão mais suscetíveis a ocorrência de eventos adversos, pois devido à instabilidade necessitam de um número maior de intervenções. Com isso, pode-se afirmar que os pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI), são aqueles com maior risco de iatrogenias. Isso é explicitado nos estudos de Novaretti *et al.* (2014), onde cerca de 98% dos pacientes internados nestas unidades sofreram algum tipo de EA, mesmo que sem lesão, e, de Gonçalves *et al.* (2012) que demonstra que a média de ocorrência de EA/I em UTIs foi de 1,3 a 2,2 por paciente-dia.

O estudo de Mello e Barbosa (2013), também contribui com esta afirmação, pois evidencia que o risco de eventos adversos na assistência em saúde de alta complexidade, especificamente em UTI, é agravado, decorrente das características de necessidade de intervenções dos pacientes internados nestas unidades, sendo então a UTI considerada um cenário assistencial de alto risco. Os cuidados intensivos, contínuos, ágeis e dinâmicos, envolvem

muitas intervenções e um número grande e variado de profissionais, onde a comunicação deve ser efetiva e constituir uma ferramenta de cuidado para minimização de riscos de incidentes (MELLO; BARBOSA, 2013).

No discurso deste mesmo especialista evidencia-se que o fato de esquecer algum item relacionada a assistência do paciente crítico pode levá-lo a danos.

“E falando já de fluxograma de passagem de plantão, isto eu também achei muito interessante, sabe que na passagem de plantão, as vezes você por esquecimento de alguma coisa, certas coisas ficam pra trás e não são feitas, e no final o paciente acaba penando” (ESPECIALISTA 2).

Pensando neste aspecto, necessário se faz a implementação de estratégias que oportunizem a comunicação multiprofissional em UTIs.

Neste contexto, dos discursos dos especialistas também emergiu a questão da ausência de protocolos unificados e interdisciplinares sobre segurança do paciente em UTI.

[...] e eu acho que, eu já tinha visto check lists para médicos, para enfermagem também, mas para psicólogo, fisioterapeuta eu não tinha me lembrado e eu acho uma boa ideia, principalmente, eu acho que sim, pode ter uma resistência ou outra mas a finalidade dele é muito boa” (ESPECIALISTA 2).

“Com certeza, eu acredito que ele está muito fácil, acredito que a gente trabalha com coisas muito separadas e tudo que está separado você conseguiu agrupar neste protocolo, são check lists fáceis de fazer, daqui a pouco está todo mundo com um tablet na beira do leito, muito mais fácil, mesmo que você tenha que fazer a caneta, muito mais fácil, muito tranquilo para colocar dentro de um programa de um sistema dos hospitais, e até com a parte da enfermagem que tem tantos programas né, então isso aqui é muito fácil e muito tranquilo e acredito que vai surtir um efeito muito bom para as equipes e para o paciente!” (ESPECIALISTA 4).

O cuidado prestado ao cliente é complexo, e por isso de acordo com a análise feita por Fassini e Hahn (2012), os profissionais precisam dispor de conhecimento técnico-científico, possuir habilidades específicas e conhecer as normas da instituição, equipamentos utilizados e os procedimentos realizados.

A relação entre risco e cuidados à saúde é muito próxima. Compreendem-se como risco as condições, situações, procedimentos que, caso ocorram, podem resultar em efeito negativo para o paciente. Quanto mais especializados são os meios de diagnóstico e tratamento, maiores os riscos agregados (LAGE, 2010).

Também é destacada nos discursos como potencialidade do protocolo a descrição das ações de cada categoria para a prevenção de eventos adversos, sendo em alguns momentos citado pelos especialistas que algumas das estratégias descritas não faziam parte da reflexão destes sobre suas atividades cotidianas.

“Da parte da PAV está muito ok, dos dispositivos, tá muito ok, essa questão de incluir o psicólogo mesmo em questões que a gente acha que não tem nada ver, mas o doente não é só essa manifestação clínica, esta questão de agitação, eu achei interessante, mas alguma outra coisa, eu dei uma olhada aqui mas realmente não vi nada de diferente, foi bem completo o que você fez aqui!” (ESPECIALISTA 2).

[...] eu acredito que pode contribuir muito, assim, a gente sistematizar um protocolo para UTI segura e falando especificamente assim da psicologia, isso é muito bacana porque a gente não tem né, quando a gente pesquisa base de como atuar, o que a gente precisa fazer na UTI, é muito voltado para o atendimento psicológico em si, e a parte multi diz respeito mais à mediação de comunicação, de acolhimento né? E nunca fala exatamente da gente inserido, justamente para minimizar tudo isso que acontece né, na questão de infecção, de queda, de tração de dispositivos, então é, eu achei bem bacana isso de estar lá e estar colocado o que o psicólogo faz ali né. E isso a gente não acha mesmo né, quando a gente procura referências. Então eu acho que pode contribuir bastante, inclusive para o desenvolvimento da nossa área, falando especificamente da psicologia dentro da UTI (ESPECIALISTA 5).

[...] não porque você está aqui conversando comigo, mas eu gostei muito, eu gostei muito mesmo, eu achei bem completo. Não vi nada assim” (ESPECIALISTA 2).

Ao unificar protocolos que antes eram separados por expertise profissional, pode-se aperfeiçoar a comunicação interdisciplinar, e a partir desta reflexão emerge a próxima categoria.

Categoria 3: A comunicação como estratégia de prevenção de eventos adversos

Um estudo desenvolvido por Maia et al (2018) descreve os eventos adversos relacionados com a assistência à saúde resultantes em óbito. Nas conclusões do estudo, em 417 óbitos notificados, verificou-se que ocorreram falhas no registro. Esta conclusão remete à questão precípua da comunicação, que de modo usual, é deixada em segundo plano, mesmo configurando-se como essencial.

Outro estudo bastante recente revela com clareza que a comunicação é o impedimento predominante para transições dos cuidados neurocríticos seguros e de alta qualidade. (FINN et al, 2019)

A fala dos especialistas revela:

“[...] agora o importante é que, todos falem a mesma língua, não é verdade, que todos estejam sabendo destes protocolos, da ideia destes protocolos” (ESPECIALISTA 2).

“[...] a questão de tração né de dispositivos, fala da efetiva avaliação e manejo do delirium, junto a equipe médica, não só a equipe médica, mas acho que a gente ter essa comunicação com as outras equipes, é multi né, a fisioterapia, quanto a enfermagem, a gente estar sempre dando esta devolutiva de qual que é o resultado que o paciente tem né, vai além só da equipe médica, e não é só a avaliação e o manejo, mas principalmente a prevenção, né, quando a gente previne que o quadro aconteça [...]” (ESPECIALISTA 5).

“Eu acho que o protocolo é um jeito de todo mundo fazer igual, falar a mesma língua, entendeu fazer igual [...]” (ESPECIALISTA 1).

Cabe ressaltar a importância de estabelecer uma comunicação eficaz desde a identificação de riscos, evitando assim a ocorrência do evento adverso e dos danos por ele gerados. Não se deve estimular apenas a notificação do evento adverso grave, mas também dos riscos, de suas causas e das estratégias implementadas para seu tratamento, sendo a comunicação uma importante ferramenta neste processo. (OLIVEIRA et al., 2014).

Categoria 4: Equipe multiprofissional em prol do mesmo foco: o paciente – humanos cuidando de seres humanos

A despeito do entendimento que a tecnologia colabora efetivamente para o cuidado, ao mesmo tempo, ela vem deixando de lado a humanização do cuidado. A configuração da equipe multiprofissional permite, com o uso da tecnologia, buscar um cuidado centrado na pessoa e mesmo sendo um conceito abstrato, buscar a qualidade na atenção à saúde. O estudo de Pereira et al (2019) evidencia a humanização e o holismo como vertentes da qualidade.

“ [...] da equipe multi em benefício, focando o mesmo, a mesma segurança para aquele paciente, e cada uma fazendo sua parte, mas pra no final ser um todo, é como se fosse uma engrenagem, porque

se um andar de uma forma diferente, o paciente não vai ter essa segurança” (ESPECIALISTA 4).

“[...] o foco é sempre o paciente, que independente do local, de como funciona, eu acho que a equipe multiprofissional é isso, é uma junção de todos num só buscando o bem-estar do paciente” (ESPECIALISTA 1).

“Eu acho que sim, porque a gente tem que olhar o paciente, o paciente tem que ser olhado como um todo, e a gente tem que quebrar a barreira de que o enfermeiro trabalha sozinho, o médico trabalha sozinho, e o fisioterapeuta, o psicólogo trabalha sozinho. Nós somos um só, uma equipe só, trabalhando com o foco no paciente, né, então acho que é para todo mundo mesmo [...]” (ESPECIALISTA 3).

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento destas instituições, a humanização aponta para o estabelecimento de novos pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do sistema, e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão (SILVA *et al.*, 2018).

“[...] primeira coisa que eu li e que achei bem interessante, porque hoje o trabalho da terapia intensiva, você sabe disso, é cada vez mais multidisciplinar, tanto que existem hoje na maioria das UTIS visitas multidisciplinares” (ESPECIALISTA 2).

“Por isso é importante esse trabalho multidisciplinar! Né? Cada um vai colocando aquilo que sabe fazer da melhor forma, pra no final o paciente receber esse todo” (ESPECIALISTA 4).

Para Urbanetto e Gerhardt (2013), o reconhecimento da inevitabilidade do erro e das ameaças latentes, além do desenvolvimento de um sistema de caráter não punitivo, contribuiriam para a notificação e a análise dos eventos adversos.

Quanto à origem multifatorial de incidentes relacionados à segurança do paciente, esta pode ser entendida através da teoria do queijo suíço, desenvolvida por James Reason, pesquisador da Universidade de Manchester, a qual se baseia numa comparação entre a vulnerabilidade dos sistemas de saúde e os buracos de um queijo suíço, representando múltiplas falhas estruturais ou descuidos profissionais nos processos de cuidado à saúde, os quais, quando estão alinhados desencadeiam incidentes indesejáveis. Estas falhas podem ser caracterizadas como ativas ou latentes, sendo as ativas

aquelas relacionadas a más práticas profissionais, quebra de regras, omissões, etc. e as latentes, aquelas relacionadas a problemas da estrutura dos processos do sistema de saúde, que podem ter associação com o ambiente de trabalho, questões de formação profissional, ausência de treinamentos, sobrecargas e falhas de comunicação (REIS *et al.*, 2013).

“[...] é que você lincou essas questões que mais causam eventos adversos, então você não tirou nada, isso é uma coisa bacana, porque a gente sabe que existe, outra coisa, e que vão continuar acontecendo mas nós somos humanos tratando de seres humanos, eu acho que, eu gostei muito sério mesmo, achei bem bacana!” (ESPECIALISTA 2).

“Achei bem legal, eu gostei bastante, até me chamou a atenção a parte aqui da medicação né, eventos relacionados a medicação, e daí eu fiquei pensando, nossa o que o psicólogo vai fazer aqui né, tava até, não achei que ia aparecer o psicólogo, dai apareceu, para mim também foi uma surpresa, parar pra pensar, principalmente nisso, no suporte para equipe quando acontece, e essa realização do disclosure né, também ali na medicação, o quanto é importante né de fazer com a equipe, então é por isso que eu acho que o protocolo contribui bastante” (ESPECIALISTA 5).

Para que os objetivos relacionados à segurança do paciente sejam alcançados, é necessário que sejam implementadas mudanças no cotidiano de cuidado com a saúde, criando uma cultura de segurança, em que os erros devem ser encarados, como oportunidade de melhoria de processos e não como atos resultantes de falhas humanas (IOM, 2001).

Para Silva *et al.* (2016), as organizações precisam estruturar seus processos de forma segura, reduzindo as chances de erros por parte dos profissionais, para isso, é preciso que todos os aspectos sejam analisados e triados através do gerenciamento de riscos, para que se possa implementar ações preventivas e corretivas que contribuam com o sistema e diminuam a ocorrência de erros.

Diante do que já foi discutido, é inegável a atual preocupação com a segurança do paciente, contudo uma das grandes fragilidades desta temática está relacionada à tendência de responsabilização de pessoas. Busca-se encontrar um culpado pelo erro, e esta busca causa insegurança para as notificações, pois o medo de ações punitivas faz com que os profissionais recuem neste processo, prejudicando a análise de incidentes e a cultura de qualidade e segurança do paciente (REIS *et al.*, 2013).

Muitas vezes os profissionais não realizam as notificações de eventos adversos devido a sentimentos como vergonha, culpa e medo. Por isso, para se estabelecer uma cultura de segurança em uma instituição é necessário orientar os colaboradores que a finalidade das notificações é melhorar a segurança, tanto dos pacientes, quanto dos profissionais, não sendo caracterizada por ações punitivas (SILVA et al., 2016).

Define-se por cultura de segurança o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos, individuais e coletivos dentro de uma organização hospitalar, em prol da qualidade da assistência ao paciente. O fortalecimento desta cultura de segurança é apontado na literatura como questão fundamental ao processo de melhoria contínua de uma instituição segura. Ressalta-se que para atingir este fortalecimento, aspectos como confiança, comunicação efetiva, percepção de segurança e implementação de medidas preventivas devem estar bem definidos (REIS *et al.*, 2013).

Categoria 5: Diferentes perspectivas sobre itens de segurança na Equipe multiprofissional

A fala dos participantes demonstra a importância de cada membro da equipe multiprofissional envolvida com a promoção de segurança em terapia intensiva, destacando a importância da interdisciplinaridade e ao mesmo tempo, as diferentes perspectivas de cada categoria profissional.

Emerge nas falas,

“[...] outra coisa que eu achei muito interessante é colocar cada uma das especialidades das, dos profissionais que atendem na equipe multidisciplinar na sua posição, no que tem que ser feito, porque as vezes isso não é muito determinado, não é verdade? Não tem uma coisa clara até onde eu vou, aí você vai, num certo, então esta questão de ter determinações do que você deve fazer até onde você tem que ir, não é que você não possa dar opinião sobre outro, não é isso... mas que achei bem interessante” (ESPECIALISTA 2).

“Por isso é importante vários profissionais né, cada um tem o seu recorte, mas eu acho bem legal assim né, ter dado esse destaque, principalmente o delirium, não tem como falar de UTI segura sem falar de delirium né. E entender assim o quanto é uma dimensão multi, acho que a gente precisa trabalhar nesse sentido” (ESPECIALISTA 5).

Outro ponto a ser destacado, é a expertise de cada área permitindo a abordagem holística do paciente, nota-se na fala supracitada que a psicóloga enfatiza a relevância da abordagem do delirium no conteúdo do protocolo, entretanto, na realização da primeira rodada para validação de seu conteúdo foi apontado por alguns especialistas que era repetitivo e desnecessário citar o delirium como uma das medidas preventivas gerais, contrapondo os achados da revisão sistemática e a fala da especialista descrita neste capítulo.

“Acho que foi contemplado tudo né que a psicologia pode fazer, achei bem bacana também a inclusão do delirium, que não é sempre que o psicólogo participa disso, mas é uma potencialidade que a gente tem, né, então eu acho que conseguiu separar bem quais as atribuições para além daquele atendimento convencional né, que normalmente a gente atribui para a psicologia” (ESPECIALISTA 5).

Também se apreende que houve maior valorização das ações multiprofissionais quando o protocolo foi avaliado na íntegra, pois os profissionais acabam comparando as estratégias propostas para cada categoria profissional contemplada, e entendem a proposta como um todo.

“[...] seria praticamente um check list para cada profissional dentro da sua especialidade e eu acho que ele vai te lembrar de coisas que você passa por cima e que são importantes [...] então se você não tiver essa humildade de saber que você não sabe todas as coisas sobre todas as técnicas, de todas as maneiras, essas coisas podem acontecer” (ESPECIALISTA 2).

“E aí nos temos os fluxogramas das atribuições multi, né? Posso falar de cada um deles né. E talvez seja muito específico para o nutricionista, o nutricionista consegue enxergar o quanto isso tem de importância no todo do paciente, o que talvez as outras equipes multi, as outras áreas não consigam ter essa visão” (ESPECIALISTA 4).

Categoria 6: Ações de educação permanente como estratégia de promoção de segurança do paciente

Rezende *et al.* 2017, aponta que a Educação Permanente em Saúde teve início no período entre 1980 e 1990 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Já no Brasil foi instituída como política pública em 2004, enfatizando que os atos de “aprender” e “ensinar” devem ser incorporados ao cotidiano nas organizações de trabalho, promovendo mudanças nas atividades profissionais.

As atividades da Educação Permanente têm um papel estratégico nas ações da equipe de saúde, segundo Ricaldoni e Sena (2006) e, devem estar sustentadas nos conceitos da metodologia crítica e reflexiva, ressaltando que o processo implica em reconhecer que as práticas rotineiras, precisam ser contextualizadas frente aos reais problemas enfrentados no cotidiano profissional para que haja o desenvolvimento da capacidade de reflexão das pessoas envolvidas, possibilitando a compreensão e construção dos conhecimentos, desenvolvendo assim os membros da equipe, através de um processo que permeia o fortalecimento de práticas voltadas ao crescimento pessoal e às transformações no âmbito profissional.

É apreendido nas falas dos participantes a importância das ações de educação permanente para a promoção de segurança do paciente.

“Vai ter o treinamento e o foco de cada profissional” (ESPECIALISTA 4).

“Ah e eu acho muito importante é você fazer treinamento, eu acho muito importante fazer treinamento, no hospital onde eu trabalho tem muita rotatividade de profissionais, cada um vem com um vício de um lugar, então fazer treinamento, explicar como que é, o tipo de como é, a rotina” (ESPECIALISTA 1).

“Sobre estas medidas preventivas gerais, perfeito, busca ativa, dimensionamento da equipe, acho que de todas as equipes, não só da enfermagem né, a educação permanente e avaliação do delirium e de acordo, quando nós temos um evento adverso uma não conformidade, o plano de ação que nós vamos trabalhar em cima disso, nós vamos trabalhar de acordo com aquele problema que ocorreu, porque as vezes a gente fica falando de um assunto que não ocorre e muitas vezes esquecemos daquele que ta acontecendo todo momento em qualquer uma das equipes!” (ESPECIALISTA 4).

Os participantes também ressaltam que a capacitação da equipe multiprofissional é primordial para a adesão a novos protocolos, para que estes sejam implementados com sucesso.

“Eu acho que se ele for aplicado, seguindo, sim, por que a gente faz né o protocolo e fica escondido na gaveta, então assim ou não segue, ou é só para ficar lá de bonito, então a partir do momento que eu tenho protocolo, tem o treinamento e tem alguém que sempre questiona, um alguém que sempre tá vendo que estão seguindo, que está sendo igualzinho, até digamos sei lá, seja verificado, eu acho que um chefe ou auditor, acho que sim viu, eu acho que realmente funciona. E treinamento, justamente tá excelente. mas tem que aplicar treinar e sempre, educação continuada né” (ESPECIALISTA 1).

Nesse contexto, a educação permanente surge como possibilidade de se resgatar o protagonismo dos profissionais da saúde na redução de riscos e promoção da qualidade e segurança do paciente (SALLES et al., 2015).

Por fim, após submergir nos discursos dos especialistas e refletir criticamente sobre cada posicionamento, foi possível uma interpretação mais crítica dos resultados obtidos nesta rodada de validação e foram consideradas algumas adaptações para o protocolo.

AS CONTRIBUIÇÕES DOS ESPECIALISTAS- LAPIDAÇÃO DA VERSÃO BETA DO PROTOCOLO DE UTI SEGURA

A seguir são descritas as contribuições dos especialistas sobre os itens que alterariam no protocolo, estas considerações subsidiaram a lapidação da versão beta do protocolo de UTI segura.

“O que eu acho que eu alteraria ali, ou acrescentaria, é na PAV, prevenção da PAV, a retirada precoce desse paciente do leito, porque às vezes você já está com esse paciente mais acordado, e ele ainda fica ou deitado, ou sentado na poltrona, sendo que a gente já sabe hoje em dia que a gente pode mobilizar de forma bem diferente já esse paciente e retirar mesmo ele do leito, precocemente, o impacto é positivo, tem impacto positivo e também em relação ao volume infundido de dieta, porque não só fazer o aporte, mas também é ver se aquele volume está adequado para aquele paciente, normalmente você tem um volume muito grande, o paciente está deitado, a gente sabe que ele tem uma tendência a ficar constipado, tá deitado há muito tempo e você coloca um volume muito alto para aquele paciente, então o risco de broncoaspiração, de ter retorno dessa dieta é grande” (ESPECIALISTA 3).

“Eu mudaria alguns itens em relação a fisioterapia porque eu acho que o importante hoje é realmente tirar o paciente do leito, mobilizar que a gente em UTI, tinha uma visão totalmente errada para mobilizar muito paciente tirar do leito, hoje a gente usa pedaleira, pesinho, bola, bastão, cada vez mais material em relação a fisioterapia né tá cada vez mais materiais externos assim incentivar o paciente até para ele sair mais rápido da UTI e ele não ficar no leito porque hoje eu acredito que o tempo de UTI é o que piora tudo inclusive a parte de psicológica e daí a parte motora e acredita-se que a cada 12 horas você já começa a perder musculatura, então 12 horas no leito começa a perder musculatura, daí já vai desanimando, ah não vou levantar, então hoje até em pós operatório imediato né você sabe, cirurgia cardíaca menos 12 horas já está sentado, então que eu mudaria é que tem que mobilizar mesmo, que tem que tirar” (ESPECIALISTA 1).

As falas supracitadas se complementam em relação à recomendação de mobilização precoce do paciente e na retirada deste do leito, como importante estratégia de prevenção de eventos adversos.

Contudo a fala da enfermeira de certa forma se contrapõe com a fala da nutricionista a seguir, no que diz respeito a terapia nutricional.

“Eu acredito que sim, ali no protocolo onde fala de riscos potenciais, eu acredito que poderia também colocar não realização de terapia nutricional, porque é um risco, quando o paciente não recebe uma terapia nutricional adequada ou ele deixou de receber por aquele dia, por horas, o paciente vai ter prejuízo, não só em termo de calorias, hoje nos prezamos muito a parte da quantidade de proteína que ele vai receber [...] você recebendo uma melhor terapia nutricional, ou adequada, você vai melhorar a lesão por pressão, você vai ta trabalhando isso, estar melhorando o delirium né, o jejum prolongado, até pneumonia, toda a parte de trato gastrointestinal, então eu acredito que poderia colocar essa parte de terapia nutricional, aqui junto nesse protocolo” (ESPECIALISTA 4).

“[...] a não realização de exames ou atraso na realização, aqui é importante entrar a parte do nutricionista, porque é a parte do jejum que eu falei, quando ele fica em jejum para realizar o exame, é um dia, são horas? porque nós contamos gotas, mls, por hora né...então isso aqui vai estar fazendo falta lá no final, no que o paciente deveria estar recebendo, no prescrito versus infundido, ai ele ficou um dia, amanhã ele vai ter que ficar mais um dia, e aí o paciente lá no final vai ter um déficit” (ESPECIALISTA 4).

Tais discursos, indiretamente se opõem, pois há uma perspectiva diferente sobre o controle do volume de dieta prescrito x infundido, o que fomenta a discussão sobre as diferentes óticas que perfazem a equipe multiprofissional.

Ainda quanto à oposição de discursos, após a fala da nutricionista em relação ao papel de sua categoria no atraso e/ou não realização de exames como evento adverso, a nutrição foi novamente inclusa no fluxograma que discorre sobre este tipo de evento. Enfatiza-se que na versão alpha do protocolo a nutrição havia sido inclusa neste fluxograma, mas após a avaliação do primeiro painel de especialistas cogitou-se retirar as atribuições do nutricionista para a prevenção deste tipo de evento por conta das recomendações dos especialistas que o julgaram. Contudo, foi novamente inclusa, pois notou-se, que ao avaliar o protocolo com seu conteúdo na integra, o nutricionista teve mais subsídios para entender a sua proposta.

Além deste tipo de apontamento, alguns especialistas também contribuíram para complementarem ações já abordadas no protocolo, como apreendido no discurso a seguir.

“Com relação a item o que eu fiz só aqui de observação, é no passagem de plantão com relação ao delirium, eu só senti falta de categorizar o delirium misto, só tem hipoativo e hiperativo, daí só colocar o misto que acaba sendo bastante comum de o paciente oscilar né dentro da UTI, então fazer essa, essa questão” (ESPECIALISTA 5).

A recomendação da especialista foi acatada e foi adaptada à versão beta do protocolo.

De maneira geral, observou-se um consenso entre todos os especialistas sobre a viabilidade de aplicação prática do protocolo e sua relevância para a segurança do paciente.

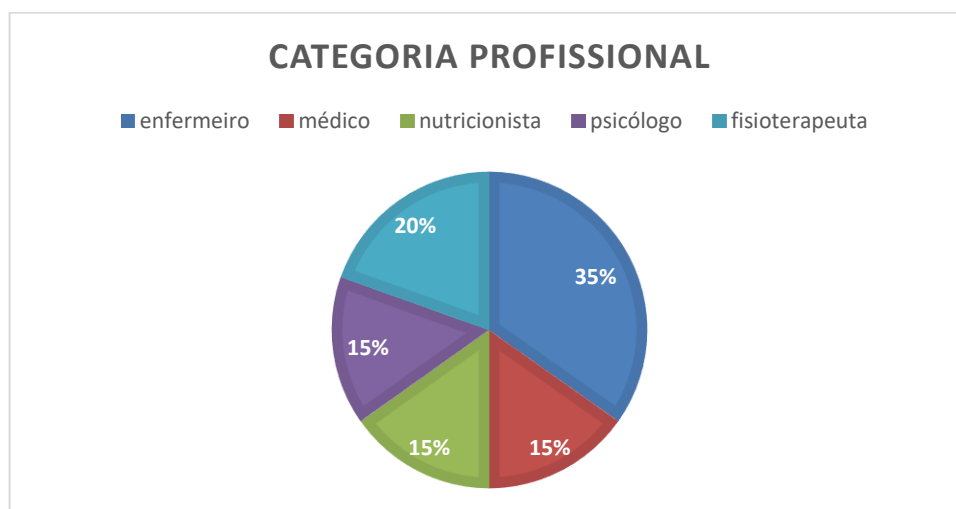
Obtido este consenso deu-se início a última etapa de validação, onde foi aplicado um questionário fechado para avaliação da aceitação do protocolo para implementação na prática.

4.3 RESULTADOS TERCEIRA ETAPA DE VALIDAÇÃO

Após a análise do segundo painel de especialistas, a versão Beta do protocolo foi submetida ao julgamento de 46 profissionais de saúde com experiência em terapia intensiva, que julgaram seu conteúdo em relação à relevância para segurança do paciente, a aplicabilidade prática de seus itens e a sua contribuição para a segurança do paciente crítico.

O perfil sóciodemográfico deste último painel de profissionais é apresentado a seguir.

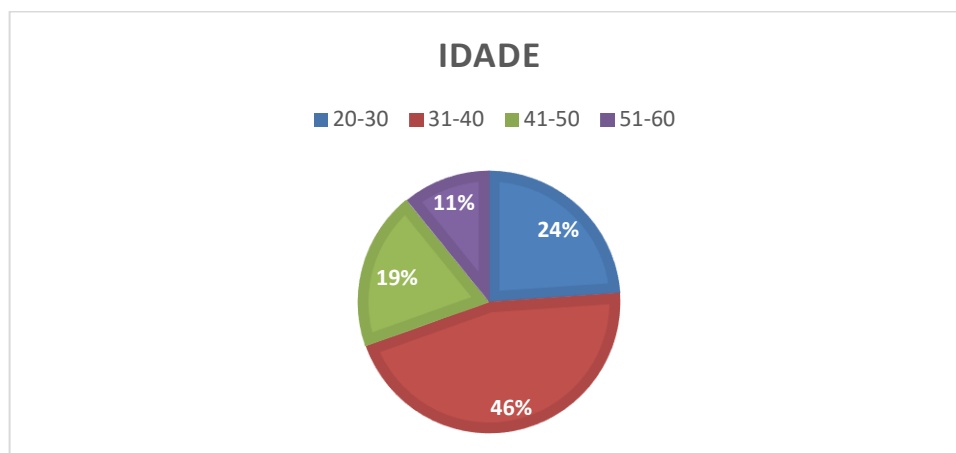
Gráfico 20- Perfil sóciodemográfico dos participantes da terceira etapa- CATEGORIA PROFISSIONAL



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Do painel de 46 profissionais, 16 são enfermeiros, representando 35% da amostra, seguidos de 9 fisioterapeutas, representando 20% da amostra e 7 nutricionistas (15% da amostra), 7 psicólogos (15% da amostra) e 7 médicos (15% da amostra).

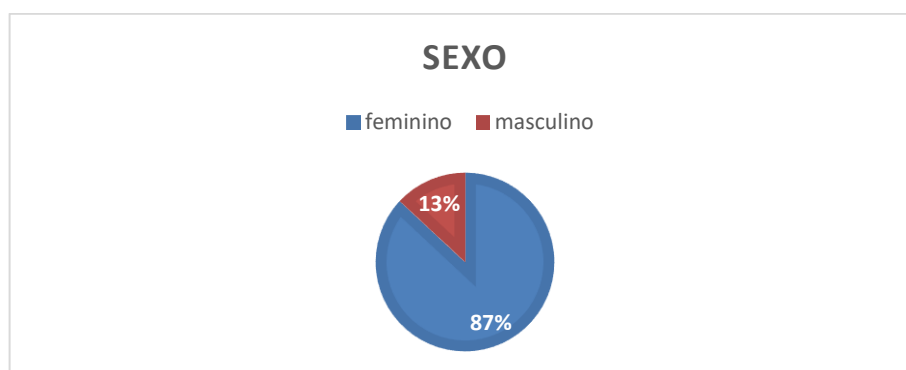
Gráfico 21- Perfil sóciodemográfico dos participantes da terceira etapa- IDADE



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação a faixa etária dos participantes desta etapa, prevaleceram profissionais entre 31-40 anos, sendo 21 especialistas (46% da amostra), seguidos da faixa etária entre 20-20 anos, com 11 especialistas (24% da amostra), 9 especialistas entre 41-50 anos (19% da amostra) e por fim 5 profissionais entre 51-60 anos de idade (11% da amostra).

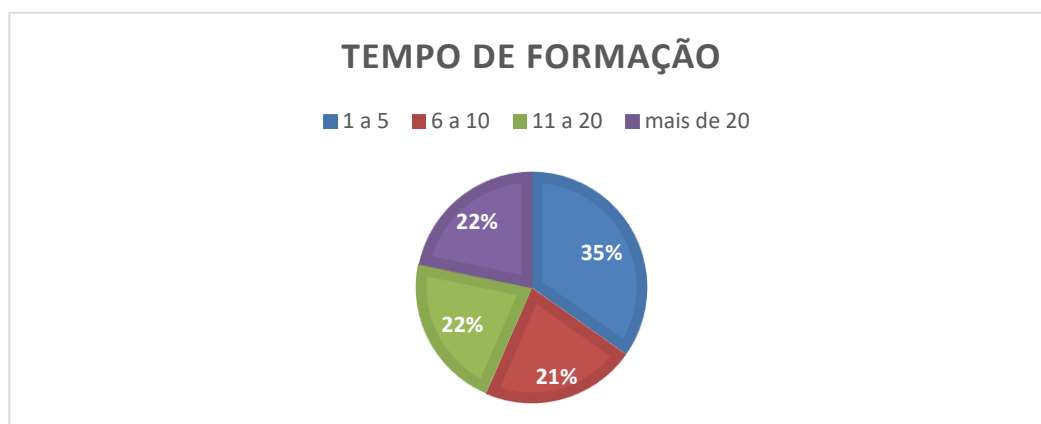
Gráfico 22- Perfil sóciodemográfico dos participantes da terceira etapa- SEXO



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Como observado no gráfico anterior, prevaleceram profissionais do sexo feminino com um total de 40 profissionais, representando 87% da amostra, enquanto especialistas do sexo masculino totalizaram 6 profissionais, representando 13% da amostra.

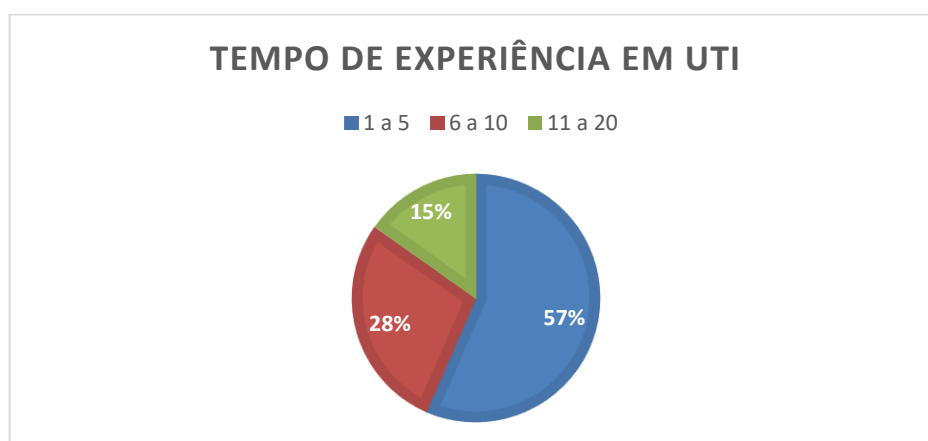
Gráfico 23- Perfil sóciodemográfico dos participantes da terceira etapa- TEMPO DE FORMAÇÃO



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao tempo de formação, 16 profissionais tinham entre 1-5 anos de formação profissional, representando 35% da amostra analisada, os 75% restantes da amostra, foram igualmente divididos entre os tempos de formação de 6 a 10 anos, 11 a 20 anos e mais de 20 anos, com 10 profissionais em cada uma destas categorias, representando 21.7% da amostra cada uma.

Gráfico 24- Perfil sóciodemográfico dos participantes da terceira etapa- TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM UTI

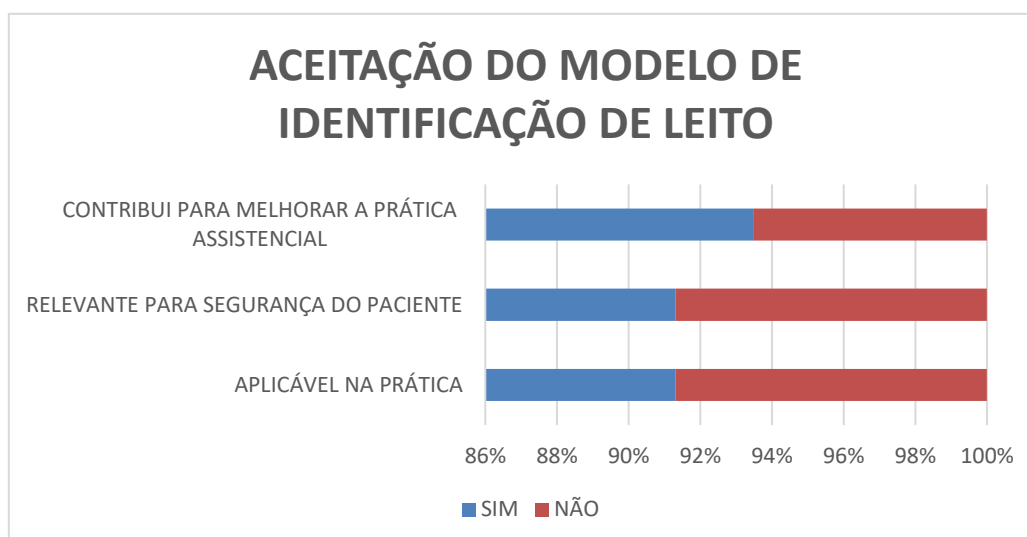


Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Já em relação ao tempo de experiência em UTI prevaleceu o período de 1-5 anos de experiência com 26 profissionais, representando 57% da amostra deste painel, seguidos de 13 profissionais com experiência de 6-10 anos em terapia intensiva, representando 28% da amostra e por fim 7 profissionais com experiência entre 11 a 20 anos de UTI, representando 15% da amostra.

Quanto à análise da avaliação dos itens do protocolo, esta variou entre o consenso de 91.3% a 100% dos profissionais que participaram desta etapa. Os dados referentes a avaliação de cada item do protocolo serão apresentados nos gráficos a seguir.

Gráfico 25- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto ao modelo de identificação de leito



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na avaliação deste item 42 dos 46 participantes que compuseram o painel nesta rodada, afirmaram que a identificação de leito proposta era relevante para a segurança do paciente e aplicável na prática, representando 91.3% da amostra para cada um destes itens, enquanto 43 participantes (93.4% da amostra) consideraram que o modelo proposto pode melhorar a prática assistencial. A média de aceitação para este item considerando os 3 itens avaliados ficou em 92%.

Neste item alguns profissionais pontuaram que a identificação de leito contendo os riscos potenciais dos pacientes admitidos em unidades de terapia

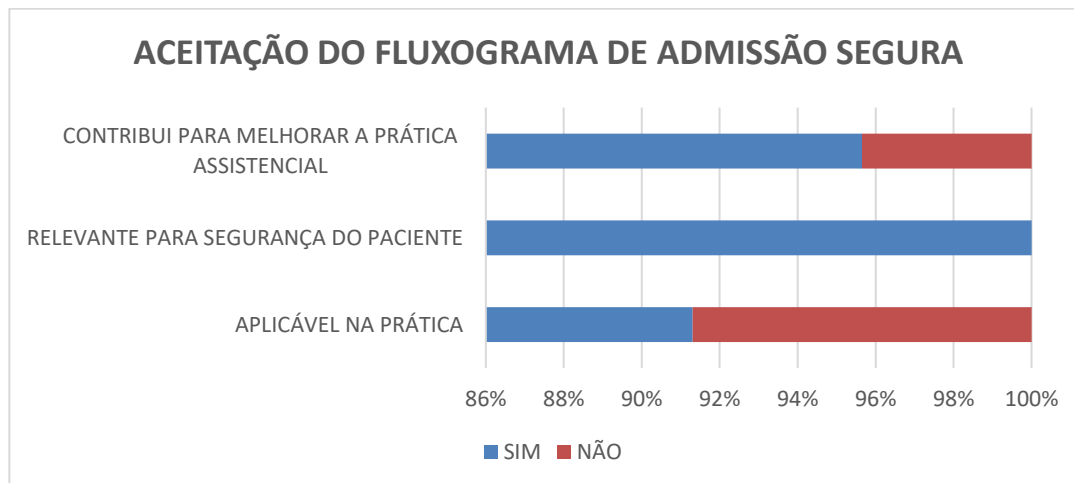
intensiva, favorece a otimização do tempo de trabalho do profissional responsável pela admissão na estratificação de riscos.

A estratificação de riscos elucida as possíveis causas de eventos adversos, subsidiando reflexões e ações de educação permanente à equipe de saúde, possibilitando a implementação de estratégias simples e efetivas na prevenção e redução de riscos e danos nos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Além disso, a identificação adequada dos pacientes está entre as metas internacionais de segurança do paciente e é capaz de prevenir eventos adversos relacionados à assistência de saúde em diferentes níveis de complexidade, sendo uma ação abrangente e de responsabilidade multiprofissional, conforme apontam Tase et al. (2013).

Em relação aos profissionais que deram respostas negativas em relação ao item estão as categorias: enfermeiro, psicólogo e fisioterapeuta.

Gráfico 26- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto ao fluxograma de admissão segura



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

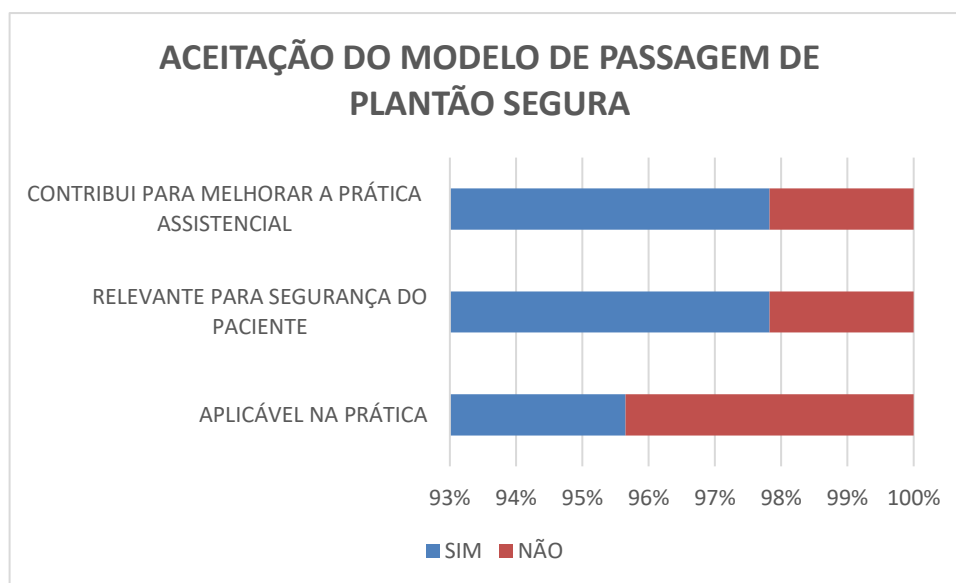
Já em relação a avaliação do fluxograma de admissão segura os 46 participantes, 100% da amostra concordaram que o item é relevante para segurança do paciente. 44 participantes (95,6% da amostra) julgaram que o item pode contribuir para melhorar a prática assistencial e 42 (91,3% da amostra) o consideraram aplicável na prática. A média de aceitação para o

fluxograma de admissão segura tendo em vista os 3 aspectos avaliados ficou em 95.6% da amostra.

A organização da equipe multiprofissional para admitir o paciente em UTI perfaz uma estratégia de prevenção de eventos adversos já na chegada do paciente neste ambiente tão complexo. A avaliação das necessidades do paciente já durante a admissão permite a realização da estratificação de riscos precocemente. Novaretti et al. (2014), encontraram correlações significativas entre a prevalência de eventos adversos e a gravidade do paciente na admissão.

Entre os profissionais que discordaram das ações propostas no fluxograma estão as categorias: psicólogo, enfermeiro, nutricionista e fisioterapeuta.

Gráfico 27- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto ao modelo de passagem de plantão segura



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O modelo de passagem de plantão segura foi um dos melhores avaliados dentro do protocolo, 45 participantes (97.8% da amostra) o consideraram relevante para a segurança do paciente e como estratégia que contribui para melhorar a prática assistencial, e 44 participantes (95.6% da amostra) o consideraram aplicável na prática. A média de aceitação foi de 97% para este item.

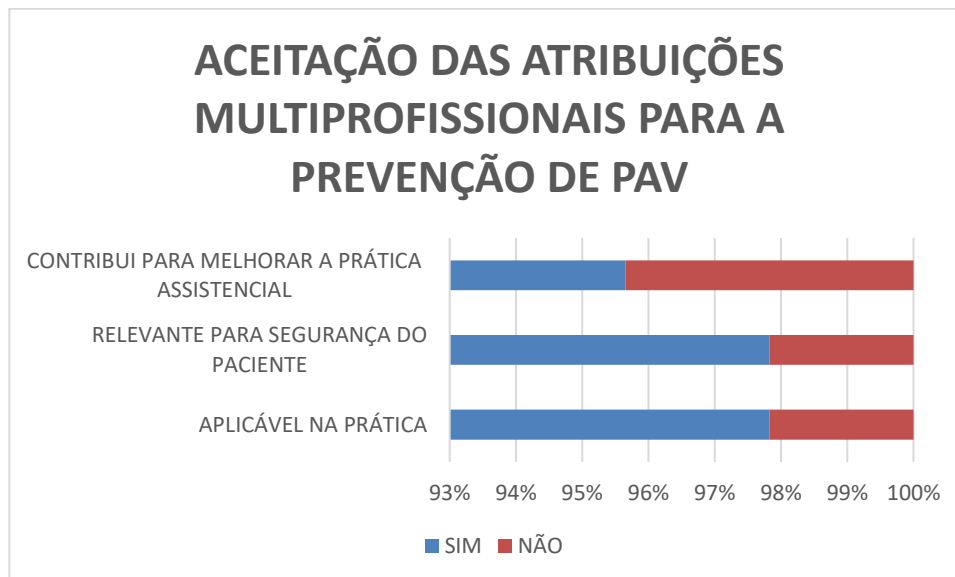
Fizeram parte do grupo de profissionais que discordaram do item as categorias: médico, enfermeiro e fisioterapeuta.

Durante a avaliação o item foi pontuado como uma potencialidade do protocolo, pois segundo alguns especialistas do painel a passagem de plantão é essencial para minimizar riscos relacionados a eventos adversos, sendo um dos itens com melhor avaliação.

Esta satisfação dos participantes da terceira etapa foi ao encontro do consenso dos especialistas da primeira e segunda rodada de validação, que enfatizaram as visitas e passagens de plantão multiprofissionais como importantes ações de prevenção de eventos indesejáveis.

Refletindo sobre este cenário, Corpolato et al. (2017), ressaltam a comunicação como uma das metas internacionais de segurança do paciente, sendo a passagem de plantão capaz de influenciar as diferentes dimensões do cuidado.

Gráfico 28- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de PAV



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

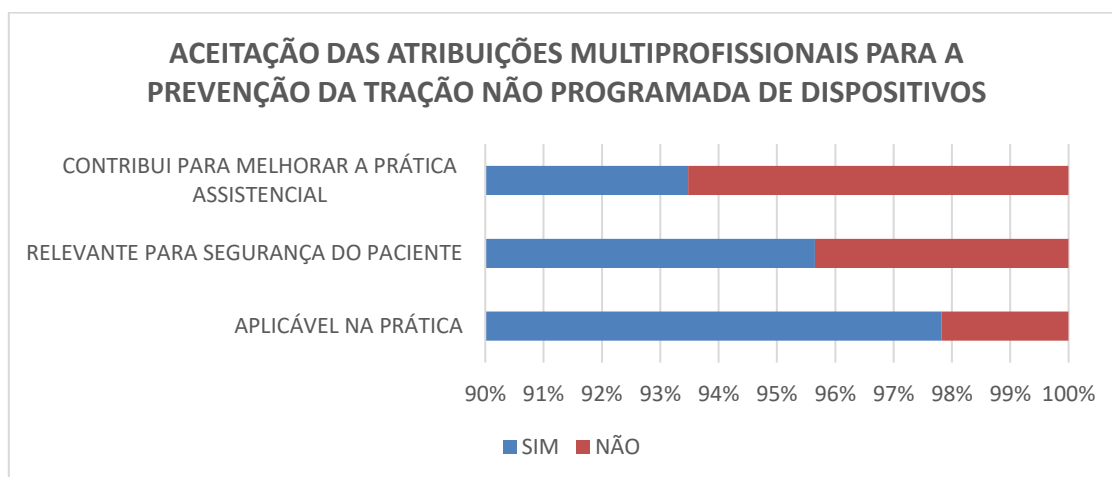
Em relação as atribuições multiprofissionais para a prevenção de PAV, 45 participantes (97.8% da amostra) consideraram as ações descritas como relevantes para a segurança do paciente e aplicáveis na prática e 44

participantes (95.6% da amostra) consideraram que o item pode contribuir para melhorar a prática assistencial. A média de aceitação para este item foi de 97%.

De acordo com o estudo de Silva et al. (2014), a PAV está entre as IRAS mais comuns em terapia intensiva, com incidência variando entre 9 a 65%, aumentando o tempo de internação em UTI e a mortalidade do paciente crítico.

Entre os profissionais que discordaram do item estão as categorias: nutricionista e psicólogo.

Gráfico 29- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção da tração não programada de dispositivos



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

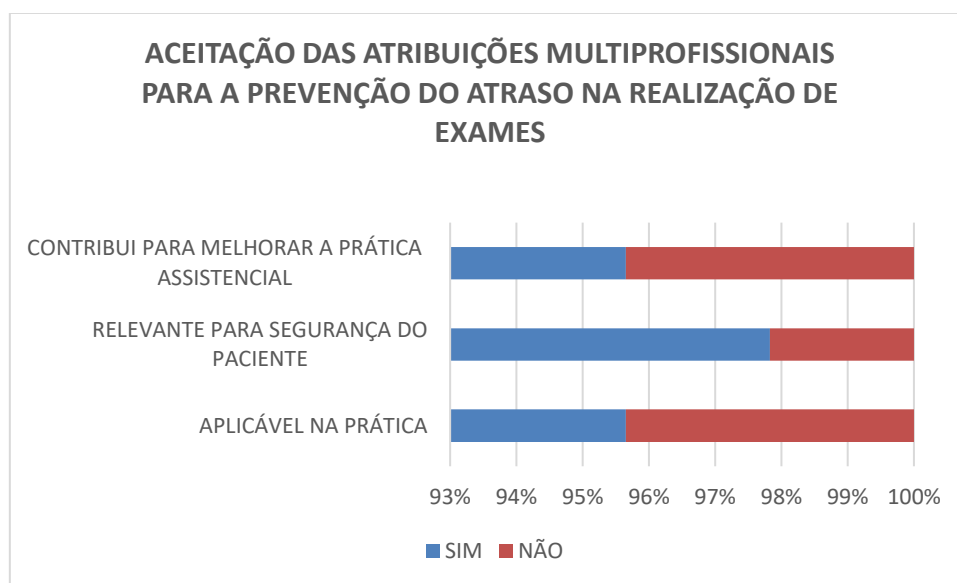
Para a tração não programada de dispositivos, 45 participantes (97.8%) julgaram as ações descritas para prevenção como aplicáveis na prática, 44 (95.6%) consideraram o item como relevante para a segurança do paciente e 43 (93.4%) consideraram que o item pode contribuir para melhorar a prática assistencial. A média de aceitação do item foi de 95.6% da amostra.

A tração acidental ou não programada de dispositivos, tais como, tubos, sondas e cateteres é frequente em UTI, podendo ocorrer a expulsão ocasionada pelo próprio paciente ou pelos profissionais durante os cuidados de saúde (PEREIRA et al., 2013).

Entre os profissionais que discordaram do item estão as categorias: nutricionista e psicólogo.

Entre os apontamentos realizados na avaliação, um dos profissionais afirmou que além dos objetivos já propostos no protocolo, os itens descritos para a prevenção da tração não programada de dispositivos contribuem para a humanização da UTI e prevenção do delirium, quadro significativo no aumento da morbimortalidade em terapia intensiva.

Gráfico 30- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de atrasos na realização de exames



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

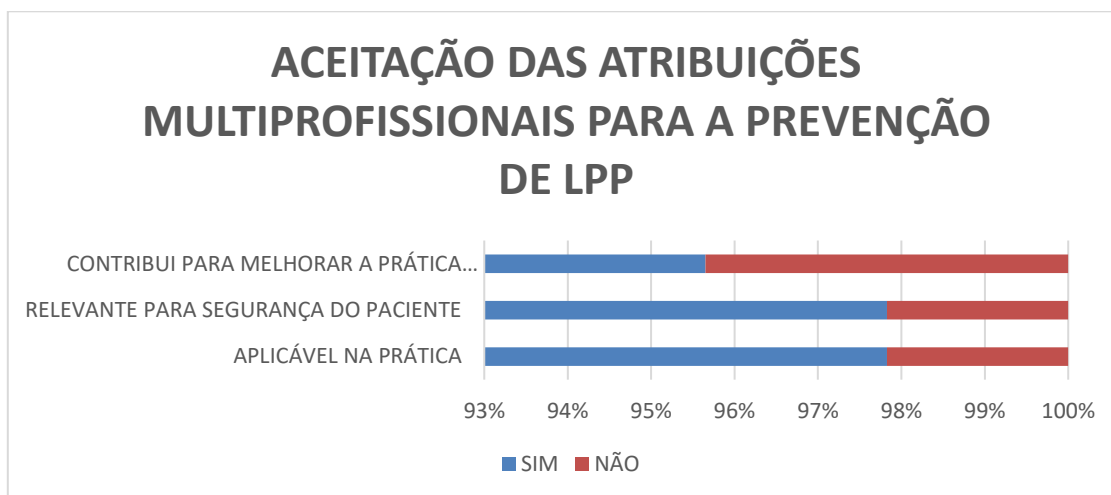
Em relação ao atraso na realização de exames e/ou a não realização de exames do paciente crítico, 45 participantes (97.8%) consideraram que as ações de prevenção descritas no protocolo são relevantes para a segurança do paciente e 44 participantes (95.6%) afirmaram que o item é aplicável na prática e que pode contribuir com a melhoria da prática assistencial. A média de aceitação do item no geral foi de 96.3% da amostra.

Quanto aos profissionais que discordaram do item estão as categorias: enfermeiro, psicólogo e nutricionista.

Nos comentários da avaliação foi ressaltado que a preocupação com o atraso na realização de procedimentos diagnósticos em terapia intensiva promove a humanização, diminui a ansiedade de familiares e pacientes e

contribui na melhora da comunicação entre equipe de saúde, paciente e família.

Gráfico 31- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de Lesão por pressão



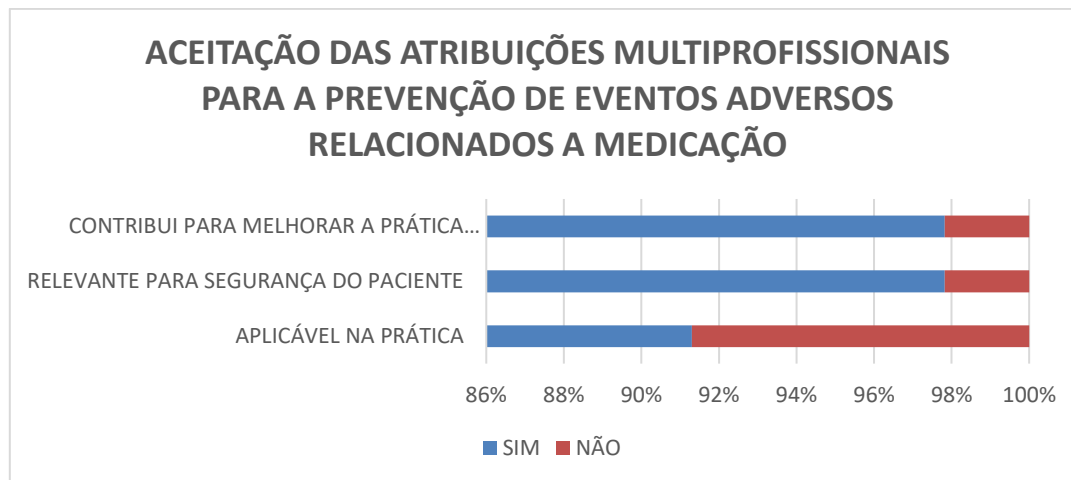
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação as ações para prevenção de lesões por pressão, 45 participantes (97.8% da amostra) afirmaram que as mesmas são relevantes para a segurança do paciente e aplicáveis na prática e 44 participantes (95.6% da amostra) afirmaram que o item pode contribuir para a melhoria da prática assistencial. A média de aceitação foi de 97% para este item.

As Lesões por Pressão (LPP) são consideradas indicadores negativos de qualidade e segurança do paciente, representando um desafio para a equipe multiprofissional de terapia intensiva e estando associada ao sofrimento do paciente e de sua família, aumento de custos no tratamento e aumento da demanda de cuidados por parte da equipe de saúde (PACHÁ et al., 2018).

Entre os profissionais que discordaram do item estão as categorias: psicólogo e nutricionista.

Gráfico 32- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de eventos adversos relacionados a medicação



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na avaliação das atribuições da equipe multiprofissional para a prevenção de eventos adversos relacionados a medicação, 45 participantes (97.8% da amostra) julgaram o item como relevante para a segurança do paciente e capaz de melhorar a prática assistencial e 42 participantes (91.3% da amostra) o julgaram aplicável na prática. A média de aceitação ficou em 95.6%.

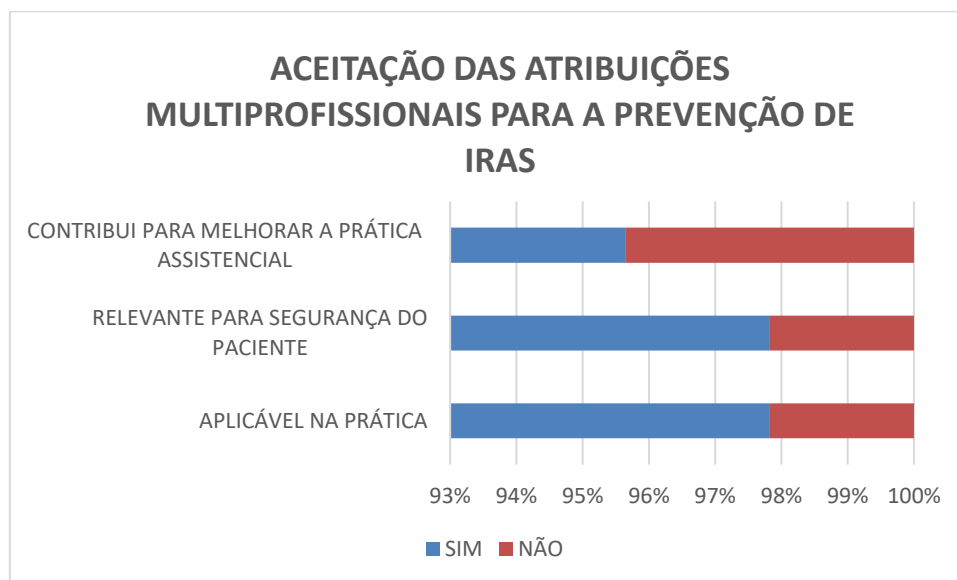
Entre os profissionais que discordaram do item estão: enfermeiro, psicólogo e nutricionista.

Os eventos adversos associados a erros de medicação são responsáveis por riscos potenciais à segurança do paciente, podendo levar ao óbito, são considerados um grave problema de saúde pública e constituem um desafio para a equipe de saúde, tendo em vista a complexidade do processo da terapia medicamentosa, perfazendo as etapas de prescrição, solicitação, separação, dispensação, recebimento, preparo e administração (MIEIRO et al., 2019).

Foi pontuado durante a avaliação do item que apesar de ser aplicável na prática a discussão sobre eventos adversos relacionados à medicação exigem maturidade, boa comunicação dentre outros fatores da equipe multidisciplinar e provavelmente outras áreas da instituição. Na opinião de um

dos especialistas, o *disclosure* demonstra avanço na área da saúde e favorece confiança na assistência.

Gráfico 33- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto à prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde, 45 participantes (97,8% da amostra) consideraram o item relevante para a segurança do paciente e aplicável na prática e 44 participantes (95,6%) o consideraram capaz de melhorar a prática assistencial. A média de aceitação deste item foi de 97%.

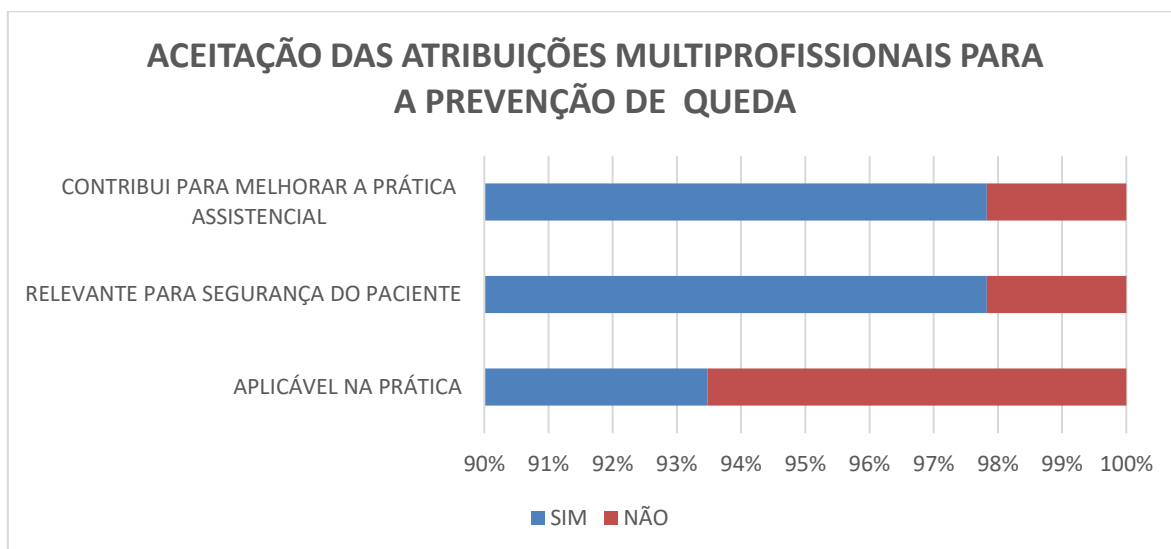
Entre os profissionais que discordaram do item estão: psicólogo e nutricionista.

Entre os apontamentos dos profissionais, um deles citou que alguns profissionais poderiam se sentir ofendidos com o fato da descrição de medidas preventivas ser composta por ações simples e inerentes a prática profissional, como por exemplo, a implementação de técnicas assépticas e a adequada higienização das mãos, demonstrando que alguns profissionais ainda sentem-se desconfortáveis em discutir e rever suas práticas cotidianas.

Contudo, para que os objetivos relacionados à segurança do paciente sejam alcançados, é necessário que sejam implementadas mudanças no

cotidiano de cuidado com a saúde, criando uma cultura de segurança, em que os erros devem ser encarados, como oportunidade de melhoria de processos e não como atos resultantes de falhas humanas (IOM, 2001).

Gráfico 34- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de quedas



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na avaliação das ações para a prevenção de quedas 45 participantes (97,8% da amostra) julgaram as ações descritas no protocolo como relevantes para a segurança do paciente e capazes de contribuir para melhorar a assistência e 43 participantes (93,4% da amostra) julgaram o item aplicável na prática. A média de aceitação foi de 96,3%.

As quedas são eventos adversos que levaram o paciente ao chão, podendo ou não apresentar lesões decorrentes deste incidente, suas causas podem ser divididas entre intrínsecas, como alterações patológicas, psicológicas e avanço da idade e, extrínsecas como as associadas ao manejo clínico do paciente, ambiente e conduta dos profissionais. De maneira geral apresentam riscos de consequências graves ao paciente crítico e podem levar a danos que aumentem o tempo de internação e ao óbito (PAIVA et al., 2010).

Entre os profissionais que discordaram do item estão: enfermeiro, psicólogo e nutricionista.

Gráfico 35- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às atribuições da equipe multiprofissional para prevenção de flebite



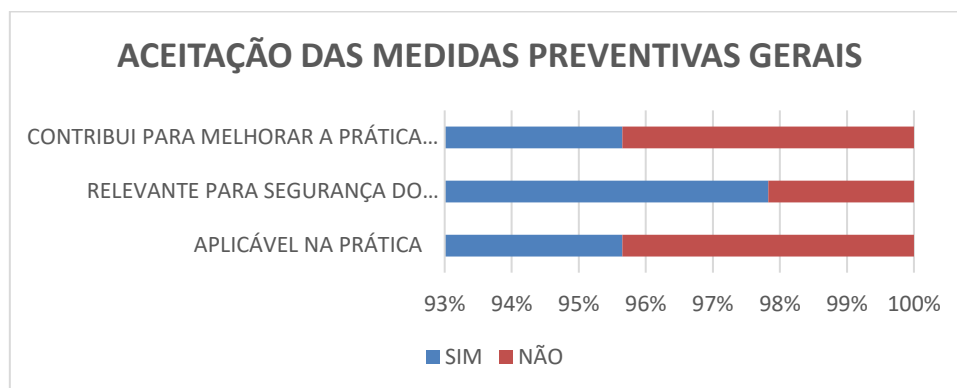
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No item de prevenção de flebite 45 participantes (97.8%) afirmaram que as ações são relevantes para a segurança do paciente, 44 participantes (95.6%) afirmaram que elas podem contribuir para a melhoria da assistência e 43 participantes (93.4%) afirmaram que o item é aplicável na prática. A aceitação deste item alcançou uma média de 95.6% da amostra.

A flebite é caracterizada por uma inflamação da camada íntima da veia, podendo ocorrer por ação mecânica, química ou bacteriana, que prejudica consideravelmente a rede venosa do paciente. Em UTI a punção venosa muitas vezes já é um procedimento complexo, sob a ótica da fragilidade venosa do paciente crítico (BARBOSA et al., 2016). A ocorrência deste tipo de eventos adverso dificulta ainda mais a manutenção de acesso venoso no paciente, levando a outras complicações.

Entre os profissionais que discordaram do item estão: enfermeiro, psicólogo e nutricionista.

Gráfico 36- Consenso dos participantes da terceira etapa quanto às medidas preventivas gerais



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quanto à avaliação das medidas preventivas gerais propostas para a prevenção de eventos adversos em UTI, 45 participantes (97.8% da amostra) afirmaram que as medidas são relevantes para a segurança do paciente e 44 participantes (95.6% da amostra) consideraram estas ações como capazes de melhorar a prática assistencial e passíveis de aplicação prática. A média de aceitação do item foi de 96.3%.

Entre os profissionais que discordaram do item estão: psicólogo e fisioterapeuta.

Entre os apontamentos realizados durante a avaliação o painel destacou a importância da educação permanente e da avaliação e manejo do delirium em terapia intensiva.

Nesse contexto, a educação permanente surge como possibilidade de se resgatar o protagonismo dos profissionais da saúde na redução de riscos e promoção da qualidade e segurança do paciente (SALLES *et al.*, 2015).

Wegner *et al.* (2016), também elucida a relevância das ações de educação permanente na criação de uma cultura de qualidade e segurança do paciente, pois promove transformações do trabalho que convergem com uma prática crítica, reflexiva, compromissada e competente.

Atualmente, a execução de projetos com foco na melhoria da qualidade, não constituem apenas a rotina dos profissionais da saúde, mas também uma obrigação legal destes em diversos países, como por exemplo, nos Estados Unidos e no Canadá (BELUCCI JÚNIOR e MATSUDA, 2012).

Como se pode verificar na análise dos gráficos houve consenso dos profissionais superior a 91% em todos os itens, a média geral de consenso entre os especialistas foi de 95.9% após a última etapa de validação, demonstrando a relevância da construção do protocolo para a promoção de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva e melhoria contínua das práticas assistenciais da equipe de saúde.

CONCLUSÕES

A realização deste estudo demonstrou a importância do desenvolvimento de protocolos, que subsidiem as práticas da equipe multiprofissional de saúde, para a promoção de qualidade e segurança do paciente.

Os objetivos propostos foram alcançados e foi possível concluir que um protocolo de UTI segura pode constituir um instrumento de qualidade e segurança ao paciente crítico.

Atualmente a problemática da qualidade e segurança do paciente está presente no cotidiano das instituições hospitalares, porém a cultura de qualidade ainda mostra-se muito frágil, entre diversos fatores, pela questão de punição e responsabilização de indivíduos e não de processos, sendo necessário o fortalecimento de ações que demonstrem que apenas o apontamento de “culpados” não basta para se corrigir erros sistêmicos e para promoção de melhoria contínua.

Em meio a este cenário, realizou-se uma revisão sistemática para investigação dos eventos adversos mais comuns em terapia intensiva. Esta revisão subsidiou o desenvolvimento de um protocolo de UTI segura que contempla diversos fatores predisponentes a erros, pensando sob a óptica da complexidade das unidades de terapia intensiva e as ações estratégicas da equipe multiprofissional para a prevenção.

O processo de validação possibilitou a avaliação da fidedignidade do conteúdo proposto no protocolo. O consenso dos participantes foi de 95.9%, demonstrando a relevância da construção do protocolo para a promoção de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva e melhoria contínua das práticas assistenciais da equipe de saúde.

Para o intuito assertivo de promover um ambiente seguro para o paciente é preciso que haja discussões ininterruptas de fatores de risco para incidentes indesejados e a construção de protocolos que constituam barreiras de segurança contra o erro, fortalecendo continuamente a cultura de segurança, além de práticas educativas que permitam a atualização constante sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. Boletim Informativo, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011.

ALMEIDA, A. M. DE; OLIVEIRA, E. R. DE; GARCIA, T. R. Pesquisa em enfermagem e o positivismo. **Rev Esc Enf USP**, v. 30, n. 1, p. 25–32, 1996.

ALMEIDA, M. H. M. de; SPÍNOLA, A. W. de P.; LANCMAN, S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 49-58, jan./abr. 2009.

Alves, E. F. O Cuidador de Enfermagem e o cuidar em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Cient Ciênc Biol Saúde**. v.15, n.2, p.115-22. 2013.

ARAUJO NETO, J. D. ; SILVA, I. S. P. da; ZANIN, L. E. ; ANDRADE, A. P.; MORAES, K. M. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** [Internet]. 2016; v.29, n.1, p.:43-50. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/40846964007>

BARBOSA, A. K. C. ; CARVALHO, K. R. C. de; MOREIRA, I. C. C. C. Ocorrência de flebite em acesso venoso. **Enfermagem em Foco**, 2016; v.7, n.2, p.: 37-41.

BARBOSA, T. P. et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 243–248, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 751–757, 2012.

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. 40 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: uma Reflexão Teórica. Aplicada à Prática**. 1ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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, Poder Executivo, Brasília, DF, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

CAMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 out. 2019.

CANINEU, R. ; GUIMARÃES, H. P. ; LOPES, R. D. ; VENDRAME, L. S. ; FONSECA JÚNIOR, M. A. da; LOPES, A. C. Iatrogenia em Medicina Intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. 2006, v. 18, n. 1, p. 95-98.

CAPUCHO, H. C.; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Revista Saúde Pública, São Paulo**, v47, n4, pp791-8,2013.

CARVALHO, J. P. L. M. ; ALMEIDA, A. R. P. de; FLORES, D. G. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.25, n.2, p.148-154, 2013.

CASSIANI, S. H. D. B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.6, 2010.

CASSIANI, S. H.; ROSA, M. B. O erro durante o processo de aprendizagem do profissional de saúde. In: HARADA, M. J., et al., **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu; 2006. p.203-17.

CORPOLATO, R. C. et al . Padronização da passagem de plantão em Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 88-95, fev. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700088&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0745>.

CRESTANI, A. H.; MORAES, A. B. DE; SOUZA, A. P. R. DE. Validação de conteúdo: clareza/pertinência, fidedignidade e consistência interna de sinais enunciativos de aquisição da linguagem. **CoDAS**, v. 29, n. 4, p. 1–6, 2017.

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**. v. 17, n.3, p.216-223, 2008.

EPIDEMIA, C. À.; HIV, D. E. D. S. T. XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. **XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo**, n. 369, p. 550–551, 2014.

FASSINI, P.; HAHN G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v2, n2, pp 290-299, mai/ago, 2012.

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa permanent TT - Education in nursing: an integrative review TT - Educación permanente de enfermería: revisión integral. **Rev. baiana enferm**, v. 28, n. 2, p. 2014, 2014.

FINN E.B., CAMPBELL BRITTON M.J., ROSENBERG A.P., SATHER J.E., MARCOLINI E.G., FEDER S.L., SHETH K.N., (...), VENKATESH A.K. A Qualitative Study of Risks Related to Interhospital Transfer of Patients with Nontraumatic Intracranial Hemorrhage. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v.28, n.6, pp. 1759-1766, 2019. .

GONÇALVES, L. A. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/ incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, n. esp., p. 71-77, 2012.

GOUVÊA C. S. D.; Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad Saude Publica**. v.26, n.6, p. 1061-1078. 2010.

GRIGOLETO, A. R. L. ; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, abr/jun; v.13, n.2, p. 347-54. 2011.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 188-193, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

JESUS, M. C. P. et al. Permanent education in nursing in a university hospital. [Portuguese]. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 45, n. 5, p. 1229–1236, 2011.

LAGE, M. J. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa, volume temático, n10, pp11-16, 2010.

LAVICH, C. R. P. et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 1, 2017.

MACHADO A. F.; PEDREIRA M. L. G.; CHAUD M. N. Adverse events related to the use of peripheral intravenous catheters in children according to dressing regimens. **Rev Latinoam Enferm.** v.16, n.3, p.362-7, 2008.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 389-415, ago. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 out. 2019.

MEDEIROS, L. C. M. Educação permanente como instrumento de mudança na rede de atenção à saúde com foco na estratégia saúde da família: um relato de experiência. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 65–74, 2015.

MELLO, J. F. de. **Cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva**: perspectiva da enfermagem. 2011. 219f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto&Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v 22, n 4, out/dez, pp 1124-33, 2013.

MENDES .; MARTINS M.; ROZENFELD S.; TRAVASSOS C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int J Qual Health Care**. v.21, n.4, p.279-284, 2009.

MIEIRO, Debora BessaD. B. et al . Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 307-314, fev. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700307&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 nov. 2019.

MILAGRES, L. M. **Gestão De Riscos Para Segurança Do Paciente: O**

Enfermeiro E a Notificação Dos Eventos Adversos. Universidade Federal de Juiz de Fora - Faculdade de enfermagem (mestrado), p. 100, 2015.

MIRANDA, A. L. et al . Results after implementation of a protocol on the incidence of urinary tract infection in an intensive care unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 24, e2804, 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100415&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Oct. 2019. Epub Sep 09, 2016.

NASCIMENTO, J. C. ; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v. 6, n. 2, p. 299–309, 2015.

NOBRE, C.; FILHO, S. O versus-PE como estratégia de educação permanente em saúde. **Journal of Chemical Information and Modeling**, v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2014.

NOVARETTI, M. C. Z. et al . Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 5, p. 692-699, Oct. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500692&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Nov. 2019. .

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122–129, 2014.

OLIVEIRA, F. T. de; STIPP, M. A. C.; SILVA, L. D. da; FREDERICO, M.; DUARTE, S. C. M. Comportamento da equipe multiprofissional frente ao Bundle do Cateter Venoso Central na Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Internet]**. 2016; v.20, n.1, p.:55-62. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/127744318008>

PACHA, H. H. P. et al . Lesão por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva: estudo de caso-controle. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 6, p. 3027-3034, Dec. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000603027&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Nov. 2019.

PADILHA, K. G. et al. Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: desenvolvimento de um projeto de pesquisa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe, p. 157–163, 2015.

PAIVA, M. C. M. F. et al . Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 1, p. 134-138, Mar. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100019&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Nov. 2019.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. DE F.; LACERDA, M. R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 336–343, 2006.

PERÃO, O. F. et al. Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva de acordo com a Teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enferm.**, v. 3, n. 22, 2017.

PEREIRA M. C. C. ; CASTRO S. F. F. DE; BRITO E.S. et al. Saberes e práticas do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.13, n.1, p.70-8, jan., 2019.

PEREIRA, S. R. M. et al . Causas da retirada não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 4, p. 338-344, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Nov. 2019.

PINCELLI, E. L.; WATERS, C.; HUPSEL, Z. N. **Ações de enfermagem na prevenção do delirium em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva.** Arquivos médicos dos hospitais e da Faculdade de ciências médicas da Santa Casa de São Paulo. v.2015; n.60, p.:131-9.

POLIT D. F; BECK C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. 669 p.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed., porto Alegre, Artes Médicas, 1995. 391p.

PRONOVOST P. J. ; WEAST B; BISHOP K; PAINE L; GRIFFITH R; ROSENSTEIN B. J.; KIDWELL R. P.; HALLER K. B.; DAVIS R. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. **Jt Comm J Qual Saf** v.30, n.2, p.59-68. 2004.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolingüística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2029–2036, 2013.

REIS, G. A. X. DOS et al. Nurse Manager Perceptions of Patient Safety Strategy Implementation. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 1–9, 2017.

RICALDONI, C. A. C.; DE SENA, R. R. Permanent education: a tool to think and act in nursing work. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 837–842, 2006.

SALLES, R. S. de; et al. Educação permanente e qualidade em uma instituição pública hospitalar : estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 14, n. 3, p. 248-254, 2013.

SIGNOR, E. et al. Educação Permanente em saúde: desafios para a gestão em saúde pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 1–11, 2015.

SILVA A. T. ; CAMELO, S. H. H. ; TERRA, F. S. ; DAZIO, E. M. R. ; SANCHES, R. S. ; RESCK, Z. M. R. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.12, n.6, p.:1532-8, jun., 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234593p1532-1538-2018>>.

SILVA, A. C. A. et al. a Segurança Do Paciente Em Âmbito Hospitalar : Revisão Integrativa Da Literatura. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. esp, p. 1–9, 2016a.

SILVA, A. T. et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 292–301, 2016b.

SILVA B. M.; et al., Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, pp442-8, jul/set, 2006.

SILVA, S. G. da; NASCIMENTO, E. R. P. do; SALLES, R. K. de. Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais acerca da prevenção. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 290-295, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200290&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Nov. 2019.

SPÍNOLA, A. W. P. **Delphos**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo:

Faculdade de Saúde Pública da USP, 1984.

TASE, T. H. et al., Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. v.34, n.2, pp196-200, 2013.

TAVARES BARBOSA, N. C. et al. Health Education: the Use of Swot Matrix for Project Analysis. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 11, p. 4298–4304, 2017.

TRES, D. P. et al. Qualidade Da Assistência E Segurança Do Paciente: Avaliação Por Indicadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 8, 2016.

URBANETTO, J. S. ; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na tríade assistência ensino pesquisa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v34, n3, set, 2013.

VASCONCELOS, A. C. F. DE; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: Com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 20, n. 56, p. 147–158, 2016.

VEIGA, V. C.; POSTALLI, N. F.; ALVARISA, T. K.; TRAVASSOS, P. P.; VALE, R. T. S.; OLIVEIRA, C. Z. de; ROJAS, S. S. O. Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v.31, n.1, p.:15-20, 2019.

VENDRUSCOLO, C. et al. Educação permanente como potencializadora da gestão do sistema de saúde brasileiro: percepção dos gestores. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 134, 2016.

WEGNER, W. et al. Education for culture of patient safety: Implications to professional training. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 1–8, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Clean Care is Safer Care** [Online], 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/gpsc/5may/en/>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Informe Técnico Definitivo**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The International Classification for Patient Safety (ICPS): taxonomy – more than words**. Geneva: WHO,

2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UTI CONVIDADOS PARA ETAPA 3

Eu, _____,
(nacionalidade) _____, (idade) _____, (estado civil) _____,
(profissão) _____, (endereço) _____
_____, (RG) _____, estou

sendo convidado (a) a participar de um estudo denominado “Promoção de qualidade e segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: Desenvolvimento e validação de protocolo de UTI segura”, o qual justifica-se pela iminente necessidade de discussão sobre o fortalecimento da cultura de segurança em áreas complexas do ambiente hospitalar e a promoção de um ambiente seguro e de uma assistência de qualidade em unidades de terapia intensiva, visto a não existência de um protocolo de UTI segura, pautado nas necessidades do paciente crítico e em ações educativas constantes para equipe de saúde, tendo por objetivo: validar um protocolo de UTI segura e determinar as ações de atenção à saúde que devem compor um protocolo de UTI segura. A minha participação no referido estudo será no sentido de validar o protocolo construído pela pesquisadora, através das respostas a um questionário sobre a aplicabilidade e relevância dos itens contidos no protocolo. Recebi esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, relacionados ao risco de perda de anonimato, contudo, fui informado (a) pela pesquisadora que todas as medidas para garantia do sigilo serão tomadas. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo. As pesquisadoras responsáveis por este estudo são: Dra. Elaine Rossi, enfermeira, docente das Faculdades Pequeno Príncipe, orientadora do estudo e a pesquisadora Fabiane Frigotto de Barros, enfermeira, mestranda da Faculdades Pequeno Príncipe, e com elas poderei manter contato pelo telefone: 3310-1500 ou 99693-0310. Tendo sido orientado (a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Curitiba, _____ de _____ de 201__.

Assinatura da participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento e ter ciência das normativas da resolução 466/12.

Fabiane Frigotto de Barros

Dra. Elaine Rossi

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Dados sócio demográficos

Profissão:	
Idade:	Sexo:
Tempo de formação:	Tempo de experiência em UTI:

QUANTO A ESTE ITEM CONSIDERO:

APLICÁVEL NA PRÁTICA? ()SIM ()NÃO

RELEVANTE PARA SEGURANÇA DO PACIENTE? ()SIM ()NÃO

PODE CONTRIBUIR PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA? ()SIM ()NÃO

OUTROS / OBSERVAÇÕES: -----

OUTROS / OBSERVAÇÕES: -----

APÊNDICE 3

VERSÃO BETA DO PROTOCOLO DE UTI SEGURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que a cada 10 pacientes, um é vítima de erros e eventos adversos evitáveis durante cuidados à saúde, em âmbito global (PERÃO et al., 2017). Sendo definida por segurança do paciente “a redução do risco de danos desnecessários durante os processos assistenciais e uso das boas práticas para alcançar os melhores resultados para o cuidado de saúde” (PADILHA et al., 2015).

Neste contexto, as unidades de terapia intensiva (UTI), tem um papel de destaque, pois como se tratam de ambientes de tratamento ao paciente crítico, são consideradas um dos cenários mais propícios a ocorrência de eventos adversos graves.

As condições clínicas instáveis do paciente de UTI, onde mudanças orgânicas sutis já podem levar à grave deterioração de funções orgânicas, constitui um risco aumentado para ocorrência de eventos adversos, que além de indesejáveis, são extremamente prejudiciais, sendo importante o entendimento sobre os riscos inerentes a assistência e ao contexto no qual ela ocorre (BARBOSA et al., 2014).

Este protocolo tem por objetivo padronizar condutas que viabilizem a diminuição da incidência de eventos adversos em UTI.

RISCOS POTENCIAIS

A complexidade da assistência à saúde que ocorre nas UTIs leva a questionamentos sobre riscos potenciais para ocorrência de eventos adversos, inerentes a prática de cuidados com a saúde.

Através do levantamento de dados realizado por meio de revisão sistemática, conclui-se que os eventos mais comuns nestas unidades são os listados abaixo:

- Pneumonia associada a ventilação mecânica-PAV;
- Tração não programada de dispositivos;
- Não realização de exames;
- Lesão por pressão- LPP;
- EA associados à medicação;
- Infecção associada aos cuidados à saúde;
- Queda;
- Flebite.

ADMISSÃO SEGURA

Para a garantia de segurança do paciente em UTI é necessário que algumas medidas sejam pensadas desde a admissão.

Uma das principais medidas seria a identificação dos riscos de cada paciente durante os procedimentos de admissão, o que poderia ocorrer através de um check box no sistema informatizado da instituição que gerasse uma identificação de leito que contivesse a informação a respeito de tais riscos conforme modelo a seguir.

Modelo de identificação de Leito

IDENTIFICAÇÃO DE LEITO	
NOME: XXXXXXXXXXXXX	Nº DE ATENDIMENTO: XXXXXX
NOME DA MÃE: XXXXXXXXXXXXX	DATA DE NASCIMENTO: 00/00/0000
RISCOS POTENCIAIS PARA EVENTOS ADVERSOS:	
<input type="checkbox"/> Pneumonia associada a ventilação mecânica-PAV;	
<input type="checkbox"/> Tração não programada de dispositivos;	
<input type="checkbox"/> Não realização de exames;	
<input type="checkbox"/> Lesão por pressão- LPP;	
<input type="checkbox"/> Eventos adversos associados à medicação;	
<input type="checkbox"/> Infecção associada aos cuidados à saúde;	
<input type="checkbox"/> Queda;	
<input type="checkbox"/> Flebite;	
<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	

O fato de a identificação de leitos já incluir os riscos do paciente pouparia tempo dos enfermeiros para identificação destes riscos e deixaria o ambiente menos poluído e com dados mais objetivos.

Na sequência é apresentado um fluxograma de admissão segura, no formato de check box.

Fluxograma de admissão segura

Box

- Preparo e organização do box ()sim ()não () não se aplica
- Roupa de cama ()sim ()não () não se aplica
- Monitor testado ()sim ()não () não se aplica
- Monitor ligado a rede de energia ()sim ()não () não se aplica
- Cabos de monitorização multiparamétrica dispostos corretamente ()sim ()não () não se aplica
- Fralda disponível no box ()sim ()não () não se aplica

Suporte de oxigênio terapia

- Ventilador montado e testado ()sim ()não () não se aplica
- Ventilador ligado a rede de energia ()sim ()não () não se aplica
- Filtro de barreira a disposição ()sim ()não () não se aplica
- Névoa úmida a disposição ()sim ()não () não se aplica
- Cateter nasal a disposição ()sim ()não () não se aplica
- dispositivo bolsa-válvula-máscara disponível ()sim ()não () não se aplica
- Regua de gases testada ()sim ()não () não se aplica
- Material de aspiração disponível ()sim ()não () não se aplica

Suporte a terapia infusional

- Paciente admitido com acesso venoso () sim () não () não se aplica
- Material para punção de AVP disponível () sim () não () não se aplica
- Material para punção de CVC disponível () sim () não () não se aplica
- Bombas infusoras em número suficiente no leito leito () sim () não () não se aplica

Dimensionamento de equipe

- Técnico de enfermagem dimensionado para admissão e cuidado do paciente leito () sim () não () não se aplica
- Enfermeiro dimensionado para admissão e cuidado leito () sim () não () não se aplica
- Médico disponível para admissão e assistência ao paciente leito () sim () não () não se aplica
- Fisioterapeuta disponível para admissão e assistência ao paciente leito () sim () não () não se aplica

Registros e prescrições

- Realizada anamnese e exame físico () sim () não () não se aplica
- Realizada prescrição de enfermagem () sim () não () não se aplica
- Coletados dados sobre antecedentes morbidos pessoais () sim () não () não se aplica
- Coletados dados sobre medicações de uso contínuo () sim () não () não se aplica
- Coletados dados sobre alergias () sim () não () não se aplica
- Coletados dados sobre cirurgias e internamentos prévios () sim () não () não se aplica

Informações adicionais

- Paciente em precaução de contato () sim () não () não se aplica
- Paciente em isolamento protetor () sim () não () não se aplica
- Paciente em precaução por gotículas () sim () não () não se aplica
- Paciente em precaução por aerossóis () sim () não () não se aplica
- Apresenta lesões de pele () sim, especificar: _____
() não () não se aplica
- Mantém pertences no box () sim, especificar: _____
() não () não se aplica
- Presença de acompanhante () sim () não () não se aplica
- Paciente alérgico () sim, especificar: _____
() não () não se aplica

PASSAGEM DE PLANTÃO SEGURA

A passagem de plantão constitui uma importante ferramenta para segurança em UTI e deve ser centrada no paciente, pra isso, é necessário que seja realizada beira leito, identificando situações de risco para ocorrência de eventos adversos nas trocas de plantão.

A padronização de informações que devem ser passadas durante a troca de plantão pode subsidiar um processo mais efetivo, além de atender ao protocolo internacional de segurança do paciente que visa a comunicação efetiva.

A seguir é apresentado um modelo de passagem de plantão multiprofissional para o paciente em unidade de terapia intensiva.

Fluxograma de Passagem de Plantão Segura

Nome do paciente:			
Box:			
Nº de atendimento:			
Dieta <input type="checkbox"/> () Jejum, venoso finalidade: _____ <input type="checkbox"/> () Via oral, acesso tipo: _____ <input type="checkbox"/> () Enteral <input type="checkbox"/> () Parenteral: () NPP (___/___/___ local de))NPT Aceitação: _____ _____ Vazão: _____ _____ <input type="checkbox"/> ())Estase _____ <input type="checkbox"/> () SNE <input type="checkbox"/> () SOE <input type="checkbox"/> () SOG <input type="checkbox"/> () SNG <input type="checkbox"/> () Gastrostomia	Acesso <input type="checkbox"/> () sem <input type="checkbox"/> () CN _____ hipodermóclise)Névoa _____ punção: _____ <input type="checkbox"/> ())AVP ___/___/___ local de punção: _____ <input type="checkbox"/> ())CVC ___/___/___ local de punção: _____ <input type="checkbox"/> ())PICC ___/___/___ local de punção: _____ Drogas e Venturi _____ vazão:	Suporte ventilatório <input type="checkbox"/> () AA <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () VNI <input type="checkbox"/> () VM <input type="checkbox"/> () TOT, <input type="checkbox"/> () TQT <input type="checkbox"/> () TQT plástica <input type="checkbox"/> () TQT metálica <input type="checkbox"/> () Máscara de Venturi _____	Mobilidade <input type="checkbox"/> () acamado <input type="checkbox"/> () restrito ao leito <input type="checkbox"/> () deambula sem auxílio <input type="checkbox"/> () deambula com auxílio <input type="checkbox"/> () senta fora do leito
Paciente em delirium <input type="checkbox"/> () sim: () hipoativo () curativos)hiperativo <input type="checkbox"/> () misto <input type="checkbox"/> () não		Avaliação de pele e <input type="checkbox"/> () íntegra <input type="checkbox"/> () lesão Especificar:	
Monitorização invasiva <input type="checkbox"/> () PVC ___/___/___ <input type="checkbox"/> () PAM ___/___/___ <input type="checkbox"/> () PIC ___/___/___ <input type="checkbox"/> () PIA ___/___/___ Dispositivos: <input type="checkbox"/> () _____ Drenos: _____		Eliminações Diurese: <input type="checkbox"/> () espontânea <input type="checkbox"/> () SVA <input type="checkbox"/> () SVD ___/___/___ <input type="checkbox"/> () cistostomia ___/___/___ Escala de evacuação:	

()	
Ostomias: _____	
Precaução () não () sim _____	Cuidados paliativos () não () sim _____
Exames	
Acompanhantes	Observações quanto a dinâmica familiar:
Pendências	
Observações	

FLUXOGRAMAS DAS ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA- PAV

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Atenta-se para validade de dispositivos como filtro de barreira; • Atentar-se ao posicionamento do filtro de barreira; • Evitar condensados nas traqueias; • Manter cabeceira elevada de 30 a 45°; • Atentar-se ao posicionamento do paciente no leito; • Realizar dimensionamento de pessoal adequado; • Realizar aspiração de TOT, TQT e VAS de forma asséptica; • Manter higiene oral; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente.
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar de forma constante plano de antibioticoterapia; • Avaliar a retirada de sedação diariamente; • Prover condições de extubação e desmame de VM precocemente.
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar aspiração de TOT, TQT e VAS de forma asséptica; • Manter cabeceira elevada de 30 a 45°; • Avaliar constantemente necessidade de VM; • Avaliar critérios para desmame ventilatório e extubação; • Realizar fisioterapia respiratória; • Atentar-se para adequada pressão do cuff; • Atentar-se ao posicionamento do filtro de barreira; • Prover condições de extubação e desmame de VM precocemente.
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Prover condições de adequado suporte nutricional ao paciente em VM.

TRAÇÃO NÃO PROGRAMADA DE DISPOSITIVOS

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado de alerta do paciente; • Manter fixação adequada de dispositivos; • Atentar-se para mobilização no leito, banho de leito e transporte de pacientes com dispositivos que apresentem riscos de tração; • Preservar a autonomia do paciente dentro de suas fragilidades potencialidades; • Realizar dimensionamento de pessoal adequado; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar efetiva avaliação e manejo de delirium junto a psicologia; • Realizar prescrição de contenções medicamentosas se necessário;
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a movimentação do paciente conforme sua condição de saúde; • Sentar o paciente em poltrona junto à equipe de enfermagem; • Realizar exercícios que estimulem a parte motora;
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado nutricional do paciente; • Prover condições de adequado suporte nutricional;
PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar efetiva avaliação e manejo de delirium junto à equipe multidisciplinar; • Realizar entrevista clínica e avaliar demandas do paciente e da família frente à vivência de internação em UTI; • Implementar estratégias de prevenção do delirium.

NÃO REALIZAÇÃO DE EXAMES E/OU ATRASO NA REALIZAÇÃO

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar dimensionamento de pessoal adequado; • Realizar passagem de plantão efetiva e centrada no paciente; • Atentar-se as orientações de preparo de exames, como por exemplo, tempo de jejum; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar prescrição de preparo de exames; • Comunicar-se efetivamente com os membros da equipe multiprofissional; • Checar resultados de exames.
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar-se efetivamente com os membros da equipe multiprofissional;
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado nutricional do paciente; • Prover condições de adequado suporte nutricional; • Orientar protocolos de jejum para equipe; • Prevenir jejum prolongado.
PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Dar suporte emocional ao paciente e a família; • Auxiliar na comunicação efetiva entre equipe multiprofissional, paciente e família; • Acolher o paciente e a família na vivência da internação; • Auxiliar no esclarecimento de dúvidas do paciente e familiares sobre o tratamento; • Compreender razões para a negativa de um tratamento; • Verificar o nível de compreensão e capacidade para tomada de decisões. • Manejar as demandas psicológicas do paciente e familiares.

LESÃO POR PRESSÃO- LPP

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar avaliação de pele do paciente constantemente; • Manter roupas de cama limpas, secas e esticadas; • Atentar-se ao posicionamento do paciente no leito; • Realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas; • Implementar uso de coxins para diminuir pressão de proeminências ósseas; • Realizar adequado dimensionamento de pessoal; • Atentar-se a infundir vazão de dieta prescrita; • Manter controle glicêmico adequado; • Realizar escala de Braden diariamente; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar constantemente estado de saúde do paciente; • Prover condições para retirada de dispositivos invasivos precocemente; • Realizar controle de volume de dieta prescrito x infundido;
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Sentar o paciente em poltrona junto a equipe de enfermagem; • Estimular o paciente a sair do leito quando possível; • Realizar exercícios que promovam melhor mobilidade no leito.
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar estado nutricional do paciente; • Prover condições de adequado suporte nutricional para cicatrização; • Realizar controle de volume de dieta prescrito x infundido;
PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Dar suporte emocional ao paciente e a família; • Auxiliar na comunicação efetiva entre equipe multiprofissional, paciente e família; • auxiliar no esclarecimento de dúvidas do paciente e familiares

sobre o tratamento;

EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À MEDICAÇÃO

ENFERMEIRO

- Atentar-se a polimedicação;
- Realizar adequado dimensionamento de pessoal;
- Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
- Seguir orientações do protocolo de segurança para administração de medicamentos e 11 certos;
- Realizar identificação de bins, frascos, seringas e demais materiais/dispositivos de medicação;
- Atentar-se a identificação de leitos;
- Sinalizar reações alérgicas;
- Atentar-se a vazão de drogas;
- Atentar-se a incompatibilidade de medicações;
- Prover e manter cateteres vasculares;
- Supervisionar e dar suporte a equipe de enfermagem.

MÉDICO

- Realizar prescrição de medicamentos conforme padronização da instituição;
- Atentar-se para incompatibilidade de medicações;
- Reavaliar constantemente plano terapêutico;
- Prover condições de desmama de drogas precocemente;

PSICÓLOGO

- Dar suporte emocional ao paciente e a família;
- Auxiliar na comunicação efetiva entre equipe multiprofissional, paciente e família;
- Esclarecer dúvidas do paciente e família sobre o tratamento;
- Dar suporte a equipe em casos de ocorrência de EA;
- Auxiliar na realização do *disclosure*;

INFECÇÃO ASSOCIADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos respeitando os 5 momentos conforme protocolo internacional de segurança do paciente; • Realizar dimensionamento de pessoal adequado; • Realizar aspiração de TOT, TQT e VAS de forma asséptica; • Realizar desinfecção de hubs conforme POP da instituição; • Realizar procedimentos invasivos de forma asséptica; • Atentar-se ao cuidado de drenos e sondas; • Atentar-se as precauções; • Realizar preparo de medicações em local próprio e de forma asséptica; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos respeitando os 5 momentos conforme protocolo internacional de segurança do paciente; • Prover condições para retirada de dispositivos invasivos precocemente; • Realizar procedimentos invasivos de forma asséptica; • Atentar-se as precauções;
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos respeitando os 5 momentos conforme protocolo internacional de segurança do paciente; • Realizar aspiração de TOT, TQT e VAS de forma asséptica; • Atentar-se as precauções;
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos respeitando os 5 momentos conforme protocolo internacional de segurança do paciente; • Avaliar estado nutricional do paciente; • Prover condições de adequado suporte nutricional; • Atentar-se as precauções;
PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Higienizar as mãos respeitando os 5 momentos conforme protocolo internacional de segurança do paciente; • Atentar-se as precauções;

QUEDA

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar constantemente o estado de alerta do paciente; • Preservar a autonomia do paciente de acordo com suas potencialidades e fragilidades; • Organizar disposição de mobiliários de forma a facilitar o acesso do paciente a campainha, copos de água, papagaios e objetos pessoais; • Manter grades do leito sempre elevadas; • Realizar dimensionamento de pessoal adequado; • Realizar escala de Morse diariamente; • Orientar ao paciente e familiares quanto a importância da manutenção das grades elevadas; • Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar efetiva avaliação e manejo de delirium junto a psicologia; • Realizar prescrição de contenções medicamentosas se necessário; • Orientar ao paciente e familiares quanto a importância da manutenção das grades elevadas;
FISIOTERAPEUTA
<ul style="list-style-type: none"> • Manter grades do leito sempre elevadas; • Orientar ao paciente e familiares quanto a importância da manutenção das grades elevadas;
PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"> • Manter grades do leito sempre elevadas; • Orientar aos pacientes e familiares quanto à importância da manutenção das grades elevadas; • Realizar efetiva avaliação e manejo de delirium junto à equipe multidisciplinar; • Realizar entrevista clínica e avaliar demandas do paciente e da família frente à vivência de internação em UTI; • Implementar estratégias de prevenção do delirium.

FLEBITE

ENFERMEIRO
<ul style="list-style-type: none">• Realizar dimensionamento de pessoal adequado;• Avaliar acessos vasculares constantemente quanto a sinais flogísticos;• Atentar-se ao sítio de inserção de cateteres;• Discutir com a equipe médica as vias de acesso mais recomendadas a terapia prescrita;• Atentar-se a vazão de drogas;• Atentar-se a incompatibilidade de medicações;• Prover e manter cateteres vasculares;• Supervisionar e dar suporte a equipe de enfermagem.• Estimular adesão das equipes a programas de educação permanente;
MÉDICO
<ul style="list-style-type: none">• Discutir com a equipe de enfermagem as vias de acesso mais recomendadas a terapia prescrita;• Atentar-se a vazão de drogas;• Atentar-se a incompatibilidade de medicações;• Reavaliar constantemente plano terapêutico;• Prover condições de desmama de drogas precocemente;
NUTRICIONISTA
<ul style="list-style-type: none">• Avaliar estado nutricional do paciente;• Prover condições de adequado suporte nutricional;

MEDIDAS PREVENTIVAS GERAIS

Busca ativa

Realizar busca ativa de eventos adversos, tendo em vista a subnotificação em modelos tradicionais. Estimular a conduta de segurança do paciente e entender a notificação como item de melhoria contínua

Dimensionamento da equipe multiprofissional

O dimensionamento das equipes é um dos principais fatores de qualidade assistencial, segurança do paciente e prevenção de eventos adversos.

Educação Permanente

Quanto mais qualificadas as equipes de saúde menor as chances de ocorrência de eventos adversos.

Avaliação do delirium

A correta avaliação e manejo do delirium perfaz uma das principais estratégias de prevenção contra os eventos adversos mais prevalentes em UTI.