



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

CAROLINE BENVENUTI

**AVALIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS
PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2021

Caroline Benvenuti

**AVALIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS
PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde

Grupo de pesquisa: Educação em Saúde (EDUS)

Projeto de pesquisa mãe: Verificação das boas práticas assistenciais relacionadas à avaliação de segurança do paciente em instituição hospitalar

Financiamento: Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

Orientadora: Prof.^a Dra. Lúcia Marinilza Beccaria

**São José do Rio Preto
2021**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESSE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Benvenuti, Caroline

Avaliação de boas práticas assistenciais para segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva / Caroline Benvenuti.

São José do Rio Preto; 2021.

68 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde

Linha de pesquisa: Gestão e Educação em Saúde

Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde-EDUS

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Marinilza Beccaria

1.Segurança do Paciente; 2. Protocolo; 3. Enfermagem; 4. Hospital;
5. Unidade de Terapia Intensiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Lúcia Marinilza Beccaria
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof^a Dr^a Carmem Sílvia Gabriel
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof^a Dr^a Lígia Márcia Contrin
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof.^a Dra. Josimerci Ittavo Lamana Faria
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof.^a Dra. Ilza dos Passos Zborowisk
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

São José do Rio Preto, 22/04/2021

DEDICATÓRIA

Quero dedicar esse momento à minha mãe Maria de Lourdes P. Benvenuti, que desde o primeiro dia, esteve ao meu lado e sempre me incentivou a não desistir dos meus objetivos, mesmo quando eu enfrentava os maiores obstáculos; ela nunca me deixou desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a DEUS e a todos meus guias espirituais por serem a base e o auxílio das minhas conquistas;

Aos meus pais Maria de Lourdes Pereira Benvenuti e Vanderlei Benvenuti, por acreditarem e terem interesse em minhas escolhas, me apoiando e se esforçando junto a mim, para que eu conquistasse todas elas.

À professora Lúcia Marinilza Beccaria, pela dedicação em suas orientações prestadas na elaboração deste trabalho, me incentivando e colaborando no desenvolvimento de minhas ideias; sendo compreensiva em todos os momentos em que precisei, serei eternamente grata por tudo.

Ao meu namorado Gregory Souza Santana, que me apoiou por tantas vezes, acreditou em mim e me incentivou de todas as maneiras possíveis e sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis diante de todas as angústias.

Agradeço à banca examinadora de qualificação do trabalho pelas colocações pertinentes que foram de extrema importância para o desenvolvimento do manuscrito.

EPÍGRAFE

*“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei:
não fosse por elas, eu não teria saído do lugar.
As facilidades nos impedem de caminhar.
Mesmo as críticas nos auxiliam muito. ”*

(Chico Xavier)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	i
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
RESUMEN.....	vi
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	11
2.1. Objetivo Geral.....	12
2.2. Objetivos Específicos.....	12
3. MÉTODOS.....	13
3.1. Local.....	14
3.2. População.....	14
3.3. Critérios de inclusão e exclusão.....	16
3.4. Coleta de dados.....	16
3.5. Análise dos dados.....	18
3.6. Ética.....	18
4. RESULTADOS.....	19
5. DISCUSSÃO.....	30
6. CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE.....	46
ANEXO.....	52
MANUSCRITO	54

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1	Amostra total das análises sobre alergia, risco de sepse, restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020.....	21
Tabela 2	Cruzamento das unidades x alergia baseada em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP – Brasil – 2020.....	22
Tabela 3	Cruzamento das unidades x risco de sepse baseada em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020.....	24
Tabela 4	Cruzamento das unidades x restrição ao leito baseada em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020.....	25
Tabela 5	Cruzamento das unidades x risco de bronco-aspiração baseada em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020.....	26
Tabela 6	Cruzamento das unidades x risco de infecção baseada em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020.....	27
Tabela 7	Cruzamento das unidades x risco de flebite baseada em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020.....	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Amostra total das análises feitas dos seis itens: alergia, risco de sepse, restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2019.....	60
Tabela 2	Amostra total das análises feitas de conformidades dos seis itens: alergia, risco de sepse, restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2019.....	61
Tabela 3	Amostra total das análises feitas de não conformidades dos seis itens: alergia, risco de sepse, restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2019.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
COREN- SP	Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo
EA	Evento Adverso
EAs	Eventos Adversos
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
TCE	Traumatismos Cranioencefálicos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

RESUMO

BENVENUTI, C. Avaliação de boas práticas assistenciais para segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva. 84 f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2021.

OBJETIVO: Avaliar as boas práticas assistenciais em relação à alergia, risco de sepse, necessidade de restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite de acordo com a avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva. **MÉTODOS:** Estudo transversal, com delineamento descritivo e abordagem quantitativa, realizado em sete unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino do interior paulista. A coleta de dados foi realizada por meio de auditoria em prontuários de seis protocolos, de acordo com a avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros, no período de setembro de 2018 a julho de 2019, semanalmente, em todos os dias da semana, de forma consecutiva, totalizando 4.001 avaliações. Foram exercidas duas funções de análises estatísticas: descritiva e inferencial e se aplicou o teste U de Mann-Whitney para se comparar as conformidades ou não dos seis itens da avaliação diária de segurança. O estudo foi aprovado pelo CEP/FAMERP, Parecer nº 2.713.068. **RESULTADOS:** De forma geral, constatou-se diferenças de conformidades entre os seis itens checados na avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros em todas as sete unidades. A análise individual de cada item também apontou diferenças significantes entre as sete unidades. A UTI que possuía como característica o atendimento de menor complexidade, ou seja, de pacientes menos graves, foi a que apresentou melhores resultados. A UTI que atendia a pacientes da saúde suplementar, com pacientes mais complexos e graves em diversas especialidades médicas, foi a que apresentou pior resultado em relação às demais. Dentre os seis itens, o de restrição ao leito foi o que apresentou melhores resultados, com 95,13% de conformidades do gerenciamento do enfermeiro para segurança do paciente e o risco de sepse; apresentou 87,75%, demonstrando ser a boa prática com menor conformidade, ou seja, com piores resultados, em todas as unidades de terapia intensiva. **CONCLUSÃO:** Diferenças significantes foram observadas entre as sete unidades. Na análise individual, dos seis itens avaliados: risco de sepse, necessidade de restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite, houve diferenças significantes identificadas em todos os dias da semana, de acordo com cada unidade. Conclui-se que há necessidade de intervenção para melhoria da avaliação diária de segurança do paciente que deveria ser gerenciada por enfermeiros em sua totalidade, de acordo com as metas estabelecidas pelo serviço de Enfermagem da instituição. A segurança é um fator imprescindível na dimensão do cuidado, portanto, avaliar as boas práticas gerenciadas por enfermeiros, identificar as falhas e conhecer a realidade da assistência devem gerar reflexão entre os profissionais e apontar a necessidade de um plano de ação para cada unidade de terapia intensiva.

DESCRITORES: Segurança do Paciente; Protocolo; Enfermagem; Hospital; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

BENVENUTI, C. Evaluation of good care practices in relation to the patient's safety in Intensive Care Unit. 84 f. Dissertação (Mestrado) – *Stricto-Sensu* Post-Graduation Studies in Nursing. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2021.

OBJECTIVE: Assessing good care practices regarding allergy, risk of sepsis, need for bed restraint, risk of bronchial aspiration, risk of infection through invasive devices and risk of phlebitis according to the daily assessment of the patient's safety managed by nurses in Intensive Care Units. **METHODS:** Cross-sectional study, with descriptive design and quantitative approach, carried out in seven Intensive Care Units of a school hospital in the interior of São Paulo state. Data collection was performed by auditing medical records of six protocols, according to the daily patient's safety assessment managed by nurses, in the period from September 2018 to July 2019; weekly; on all days of the week, consecutively; totaling 4,001 assessments. Two statistical analysis functions were performed: descriptive and inferential, and Mann-Whitney U-test was applied to compare the compliances or non-compliances of the six items of the daily safety assessment. The study was approved by CEP/FAMERP, Approval number 2.713.068. **RESULTS:** Overall, differences in compliance were observed among the six items checked in the daily assessment of the patient's safety managed by nurses in all seven units. The individual analysis of each item has also pointed out significant differences among the seven units. The ICU that had the care of lower complexity as a characteristic, that is, less critically ill patients, has presented the best results. The ICU that cares for supplementary health patients, with more complex and more serious patients in several medical specialties, has presented the worst results in relation to the others. Among the six items, bed restraint has presented the best results; 95.13% of compliance of the nurse management for the patient's safety and sepsis risk, 87.75%, showing to be the best practice with the lowest compliance, i.e., with the worst results, in all intensive care units. **CONCLUSION:** Significant differences among the seven units were observed. On individual analysis, from the six assessed items: sepsis risk, need for bed restraint, Broncho-aspiration risk, risk of infection through invasive devices and phlebitis risk, there were significant differences identified on all days of the week, according to each unit. We have concluded that there is a need for intervention to improve the daily patient's safety assessment that should be managed by nurses in its full extent, according to the goals set by the Nursing service of the institution. Safety is an essential factor in the dimension of care, therefore, to evaluate good practices managed by nurses; to identify failures and to know the reality of care should create reflection among professionals, pointing out the need for an action plan for each Intensive Care Unit.

DESCRIPTORS: Patient's Safety; Protocol; Nursing; Hospital; Intensive Care Unit.

RESUMEN

BENVENUTI, C. Evaluación de buenas prácticas asistenciales en relación con la seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos. 84 f. Dissertação (Mestrado) – Stricto Sensu Estudios de Posgrado en Enfermería. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2021.

OBJETIVO: Evaluar las buenas prácticas asistenciales en relación a la alergia, riesgo de sepsis, necesidad de contención de cama, riesgo de broncoaspiración, riesgo de infección por dispositivos invasivos y riesgo de flebitis según la evaluación diaria de la seguridad del paciente realizada por enfermeras en cuidados intensivos. unidades. **MÉTODOS:** Estudio transversal, con diseño descriptivo y abordaje cuantitativo, realizado en siete unidades de cuidados intensivos de un hospital universitario del interior de São Paulo. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la auditoría de los registros de seis protocolos, de acuerdo con la evaluación diaria de seguridad del paciente gestionada por enfermeras, de septiembre de 2018 a julio de 2019, semanalmente, todos los días de la semana, de forma consecutiva, totalizando 4.001 evaluaciones. Se realizaron dos funciones de análisis estadístico: descriptivo e inferencial y se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las conformidades o no de los seis ítems de la evaluación diaria de seguridad. El estudio fue aprobado por CEP / FAMERP, Opinión No. 2.713.068. **RESULTADOS:** En general, hubo diferencias en las conformidades entre los seis ítems controlados en la evaluación diaria de la seguridad del paciente realizada por enfermeras en las siete unidades. El análisis individual de cada ítem también señaló diferencias significativas entre las siete unidades. La UCI que tuvo una atención menos compleja, es decir, pacientes menos severos, fue la que presentó mejores resultados y la UCI que atiende a los pacientes suplementarios de salud, con pacientes más complejos y severos en varias especialidades médicas, fue la que presentó un peor resultado. en relación con los demás. Entre los seis ítems, la restricción de camas fue la que mejores resultados obtuvo, con un 95,13% de conformidades de la gestión de enfermería para la seguridad del paciente y el riesgo de sepsis, presentó 87,75%, demostrando ser una buena práctica con menor cumplimiento, es decir, con peores resultados, en todas las unidades de cuidados intensivos. **CONCLUSIÓN:** En general, hubo diferencias significativas entre las siete unidades. En el análisis individual, de los seis ítems evaluados: riesgo de sepsis, necesidad de contención de cama, riesgo de broncoaspiración, riesgo de infección por dispositivos invasivos y riesgo de flebitis, se identificaron diferencias significativas todos los días de la semana, según cada unidad. Se concluye que existe la necesidad de una intervención para mejorar la evaluación diaria de la seguridad del paciente que debe ser manejada por los enfermeros en su totalidad, de acuerdo con las metas establecidas por el servicio de enfermería de la institución. La seguridad es un factor fundamental en la dimensión asistencial, por ello, evaluar las buenas prácticas gestionadas por los enfermeros, identificar las fallas y conocer

la realidad del cuidado debe generar reflexión entre los profesionales y señalar la necesidad de un plan de acción para cada unidad de terapia intensiva.

DESCRIPTORES: Seguridad del paciente; Protocolo; Enfermería; Hospital; Unidad de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente em instituições de saúde tem sido muito discutida, especialmente, nas últimas duas décadas. Publicações de estudos do *Institute of Medicine* e da *World Health Organization* desencadearam um movimento global sobre questões envolvendo riscos decorrentes de erros ou falhas que podem causar danos ou até a morte de pacientes nos atuais sistemas de saúde, exigindo mudanças na gestão em saúde.¹ Nos hospitais, as unidades de assistência ininterrupta devem respeitar o quadro mínimo de pessoal exigido pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), em especial, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) pela alta complexidade, em que é necessário experiência e aptidão de toda a equipe multiprofissional para o cuidado sistematizado ao paciente crítico.²

Por se tratar de um dos locais mais estressantes e sobrecarregados de um hospital, a UTI atinge diretamente aos pacientes, seus familiares e a equipe de Enfermagem, pelo contato direto e, conseqüentemente, com os efeitos negativos que o ambiente proporciona. Esses fatores podem acabar prejudicando a assistência, uma vez que a equipe, em função dos estressores ou efeitos emocionais, pode ter a sua capacidade de atenção reduzida, afetando diretamente a qualidade do serviço e, afetando possíveis erros dentro da unidade.³

É preciso desenvolver políticas, condutas, procedimentos e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos (EAs) que afetam a segurança à saúde humana, integridade profissional, meio ambiente e imagem institucional. As valorizações de funções administrativas executadas por enfermeiros são exigidas pelas instituições de saúde, considerando-se que para a melhoria da assistência, de forma

coletiva ou individual, é necessária a junção de recursos financeiros, humanos, materiais e tecnológicos disponíveis.⁴

O gerenciamento de riscos em serviços de saúde disseminou-se a partir do ano de 2000, após a divulgação do relatório publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM), *To err is human*, que se referia à duas pesquisas realizadas em hospitais dos Estados Unidos sobre eventos adversos na assistência à saúde, em que foram encontradas altas incidências de erros.⁵ Deste modo, houve a expansão de métodos avaliativos dos padrões de qualidade, dentre elas: ISO 31.000/2009⁶ e padrões de acreditação hospitalar.⁷ Este movimento refletiu mudanças nas organizações de saúde na busca de melhoria, por meio de práticas mais racionais e focadas nas necessidades dos clientes.⁸

Para a melhoria da assistência prestada pelos enfermeiros, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP) formulou, em 2013, protocolos assistenciais, com intuito de garantir o cuidado de acordo com as evidências científicas, visto que ainda é um desafio para os profissionais durante a prática clínica, a implementação de novos conhecimentos, assim sendo, instituiu-se protocolos com objetivo de minimizar danos ao paciente. O enfermeiro também participa do desenvolvimento dos padrões de qualidade, na medida em que as exigências dos cidadãos e a visão estratégica da gestão nos serviços de saúde exigem aumento do nível de conhecimento e a utilização da informação baseada em evidências.⁹

A preocupação com a segurança é difundida mundialmente, com a realização da “*Third Global Ministerial Summit on Patient Safety*”. No evento, o Japão apresentou a “*Tokio Declaration on Patient Safety*”, que em conjunto com outros países membros garante manter constante incentivo nas ações de segurança do paciente, contribuindo com todos para fortalecer as diretrizes gerenciais, objetivando a educação e

capacitação dos profissionais para trabalharem com o paciente e seus familiares, visando a diminuição dos danos e a eficácia do cuidado. A partir dessa visibilidade, foi estabelecida uma data mundial para sua celebração, o Dia Mundial de Segurança do Paciente, celebrado anualmente no dia 17 de setembro.¹⁰

A cultura de segurança envolve especialmente a gestão hospitalar, visando engajamento completo da instituição na questão do cuidado seguro. As medidas gerenciais com respostas instrutivas propiciam um clima organizacional melhor e conseqüentemente, melhorias na assistência de Enfermagem, levando-se em conta a participação da equipe no processo de trabalho, gerando profissionais mais motivados com o processo e empenhados em participar e colaborar, objetivando uma assistência mais segura.¹¹

É necessário realizar checagem das práticas assistenciais, por meio de auditorias de Enfermagem como ferramenta de avaliação de segurança do paciente, que permite determinar a qualidade do cuidado prestado, por meio da observação contínua das condutas, identificando suas adequações aos objetivos propostos, possibilitando as propostas de melhoria para a assistência. Tratando-se de um processo educativo contínuo, tem por princípios examinar, corrigir e certificar a instituição, a fim de garantir a adesão às práticas seguras da assistência em saúde e verificar a necessidade de capacitações aos colaboradores.¹²⁻¹³

Diante das realizações de auditorias, pode-se observar que frequentemente, os registros de não conformidades são subnotificados, pois o colaborador teme sofrer algum tipo de punição. Mostra a importância de haver capacitações profissionais e de uma gerência de risco colaborativa, que possam investir na equipe e transformarem as falhas em aprimoramentos dos conhecimentos e habilidades, contribuindo para o

acompanhamento e controle das falhas e implementação de medidas preventivas e mais eficazes.¹³⁻¹⁴

A forma com que a instituição lida com os erros e a percepção dos profissionais quanto às formas de gestão favorecem o clima de segurança nas instituições de saúde. As recomendações atuais enfatizam a necessidade de pesquisas que considerem o comportamento do indivíduo dentro da organização e os indicadores assistenciais e de qualidade do cuidado de forma conjunta.¹⁵

Os padrões de qualidade solidificam a atuação da Enfermagem em uma época em que as exigências são crescentes. Com os avanços da tecnologia e os meios variados de acesso à informação, o grau de exigência tem se tornado cada vez maior. O conceito de qualidade passou a ser dinâmico e possuir várias interpretações, de acordo com as vivências e expectativas de cada indivíduo. Porém, para a saúde, a excelência está voltada para a qualificação profissional que trará menor risco para o paciente.¹⁶

Um fator importante para a melhoria da assistência foi o prontuário eletrônico, a partir do qual se obtêm os dados dos pacientes. Informações, tais como, as pessoais como data de nascimento e endereço, como sua história pregressa de saúde e doença, registros de doenças, cirurgias e exames realizados, uso de medicamentos e protocolos gerenciados e avaliação diária dos enfermeiros que contribui com a tomada de decisão.¹⁷

No período pós Segunda Guerra Mundial, surgiu a ideia de qualidade, devido à modernização industrial por intermédio da administração científica. Uma boa gestão da qualidade deixou clara sua importância, inclusive para as empresas de serviços da

indústria. Entre essas empresas de serviço, incluem-se as voltadas à saúde, que foram, talvez, as últimas a se preocuparem com o assunto qualidade.⁸

Nos anos entre 80 e 90, o conceito de qualidade teve destaque através dos meios de comunicação. No início do século XX, ocorreu uma revolução no papel e nas funções do hospital, por conta dos avanços tecnológicos e do aparecimento da medicina científica. Diante desse fato, Sistemas de Qualidades foram adotados na busca de competitividade, de eficiência e eficácia dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados de sucesso.¹⁸

Para o funcionamento dos serviços de saúde é preciso planejamento para atingir seus objetivos e metas. O administrador precisa também trabalhar os pontos fortes e fracos da organização e, conseqüentemente, a motivação da equipe de trabalho. Nesse processo, os clientes não esperam e não toleram falhas, pois qualquer erro incide diretamente sobre sua vida, ou pior, sua perda. Dessa maneira, espera-se que a prestação de serviços médico-hospitalares seja executada da melhor forma e eficácia possíveis.¹⁹

O início da avaliação na qualidade em serviços de saúde foi iniciado pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) com a criação do Programa de Padronização Hospitalar (PPH). Os padrões definidos pelo PPH objetivavam a garantia de qualidade na assistência aos pacientes, pontuando questões relacionadas à organização do corpo médico, exercício das profissões da saúde, preenchimento de prontuários com vistas ao histórico dos pacientes. Também estes aspectos foram um dos últimos setores a adotar o modelo de qualidade, e o aumento da competitividade de mercado revelou-se como o principal propulsor para a discussão do tema nas instituições hospitalares.²⁰

Os indicadores da assistência são muito utilizados para a medição de qualidade nas instituições hospitalares, pois permitem medir objetivamente o que se pretende conhecer, evidenciando problemas e, através de sua análise propor soluções. Eles são representações quantitativas de ocorrências ou eventos de um determinado sistema, considerando-se um instrumento gerencial de mensuração criteriosa de qualidade e produtividade, permitindo o monitoramento e gestão do desempenho de cumprimento de protocolos, normas e processos pré-definidos.²¹

O processo de melhoria a partir do uso de indicadores de qualidade baseia-se em uma gestão participativa e descentralizada focada na conscientização contínua dos trabalhadores, somando esforços para visualização integrada da instituição, implantando processos e procedimentos em todos os setores, alas e departamentos com vistas a atender os pré-requisitos previamente definidos.²²

Os indicadores são apresentados como variáveis numéricas relacionadas ao processo assistencial e necessitam de avaliação para refletir os diferentes contextos da assistência à saúde.²³ A checagem de boas práticas assistenciais por meio da auditoria da assistência de Enfermagem é relevante como ferramenta de melhoria da qualidade.²⁴ No monitoramento de indicadores de assistência, esforços são necessários para a coleta de informações precisas ao que se deseja medir, não bastando apenas mensurar os indicadores de resultados, mas também a estrutura e os processos envolvidos necessitam de avaliação.²⁵

Entre os diversos ambientes onde são realizados assistência à saúde, a UTI merece destaque no que se refere à segurança do paciente. Em virtude de suas características únicas, são consideradas um cenário de assistência de alto risco, principalmente devido à complexidade clínica dos pacientes atendidos e dos

procedimentos terapêuticos realizados. Portanto, as especificidades da UTI exigem cuidados múltiplos visando sempre garantir a segurança do paciente, o que se faz necessário é a realização de iniciativas que fortaleçam a cultura de segurança em tais ambientes.²⁵⁻²⁶

A segurança do paciente é definida como a redução ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. É um componente importante para a prestação de assistência com qualidade. Pode ser objetivada por meio de três ações complementares, que são: evitar a ocorrência dos EAs, prevenir e melhorar seus efeitos com intervenções eficazes.²⁷

Os EAs são considerados incidentes que resultam em danos à saúde, causando possíveis comprometimentos do corpo e/ou qualquer efeito posterior, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.²⁷ A assistência prestada ao paciente em diversos ambientes hospitalares geram riscos de EAs, com destaque para a UTI que, por suas características próprias, é considerada um cenário assistencial de alto risco, pois envolve altas tecnologias, exige um cuidar intenso, que deve ser prestado de forma ágil, onde são realizados vários procedimentos diariamente e há uma produção intensa de informações. O paciente é assistido por vários profissionais em saúde que, em condições de gravidade dos pacientes, trabalha sob um forte estresse, pois lidam diretamente com situações de vida ou morte.²⁸

Em uma análise dos fatores relacionados ao EA em pacientes de UTI, destaca-se o papel da Enfermagem, pois há maior demanda para as atividades dos enfermeiros e exigência de ações rápidas, além de observação continuada por parte desses profissionais.²⁹ O trabalho da Enfermagem em cuidados intensivos não está no

ambiente ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisão, baseada na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente, com ênfase em uma assistência segura. Sabe-se que a assistência à saúde isenta de riscos e falhas ao paciente é um objetivo a ser atingido pelos profissionais da saúde e um compromisso da formação profissional, pois os erros podem acontecer exigindo do enfermeiro conduta imediata visando a sua correção, situação que inevitavelmente, gera estresse ocupacional.³⁰

A avaliação de Enfermagem em UTI deve ser baseada na sistematização da assistência, embasada no processo de análise dos dados, no histórico e exame físico, identificando os problemas, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência do sujeito, fazendo-se julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais. Por isso, há necessidade do uso de protocolos com embasamento teórico e científico em relação ao tema abordado, a fim de que os cuidados de Enfermagem sejam direcionados para a assistência prestada ao paciente crítico.³¹

O tema segurança é pertinente e importante para a adequação das instituições aos parâmetros internacionais, visto que, o principal aspecto tratado no programa de acreditação internacional é a segurança na execução dos processos de cuidado ao paciente e melhoria da qualidade do serviço, mostrando a necessidade de se avaliar os protocolos assistenciais.³⁰

A preocupação com a segurança do paciente é um fator imprescindível na dimensão da qualidade do cuidado de saúde. O tema escolhido para esta pesquisa é fundamental, pois quando identificadas as falhas durante o processo de trabalho do enfermeiro pode-se realizar plano de ação para melhoria, considerando a sua presença

ininterrupta na hospitalização do paciente. Assim, evidencia-se a necessidade de auditoria das boas práticas, com intuito de melhorar a assistência. Portanto, a questão norteadora deste estudo foi: A avaliação diária de segurança gerenciada por enfermeiros sobre alergia, sepse, necessidade de restrição ao leito, bronco-aspiração, infecção por dispositivos invasivos e flebite estão em conformidade com as metas e os indicadores assistenciais do serviço de Enfermagem em unidade de terapia intensiva

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar as boas práticas assistenciais em relação à alergia, risco de sepse, necessidade de restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite de acordo com a avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros em unidades de terapia intensiva.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar auditoria do preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros dos itens: alergia, risco de sepse, necessidade de restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite em UTIs de um hospital de ensino.
- Verificar a taxa de conformidade ou não em relação ao preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros dos itens: alergia, risco de sepse, necessidade de restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite em UTIs de um hospital de ensino.
- Avaliar as boas práticas assistenciais de forma geral e individual de acordo com cada unidade em relação ao preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros dos itens: alergia, risco de sepse, necessidade de restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite em UTIs de um hospital de ensino.

MATERIAL E MÉTODO

3. MÉTODO

Estudo transversal, com delineamento descritivo e abordagem quantitativa.

3.1 LOCAL

O estudo foi realizado em um hospital de ensino do interior paulista, constituído por 708 leitos de internação e o número total de leitos de UTI na instituição eram 110, no momento da coleta de dados, destinados ao atendimento de média e alta complexidade. O hospital possui atividades de ensino e pesquisa, com campos de estágio em áreas de graduação, pós-graduação e residência médica.

3.2 POPULAÇÃO

As análises dos prontuários referentes ao preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente foram realizadas entre os meses de setembro de 2018 a julho de 2019, coletando-se uma vez por semana, com início da coleta em uma segunda-feira, seguindo na próxima semana a coleta na terça-feira e, assim, consecutivamente, realizando-se a coleta em todos os sete dias da semana, até a última semana do mês de julho. Também foram alternados os horários de coleta, durante todos os dias da semana (manhã/ tarde/ noite), pois cada UTI tem sua rotina para a realização do preenchimento da avaliação, sendo ela diária e válida por um período de 24 horas.

A coleta de dados foi realizada em sete UTIs, sendo elas: Geral SUS, Convênio, Neurológica, Oncológica, Emergência clínica e cirúrgica, Pós-Operatório Imediato e Unidade Coronariana, as quais foram denominadas em UTI Amarela, Laranja, Vermelha, Verde, Azul, Anil e Violeta, não respectivamente, a fim de garantir descrição e sigilo para a instituição.

A UTI Azul, composta por 17 leitos, atende especialidades médicas em geral, tanto clínica quanto cirúrgica, recebe pacientes provenientes de pós-operatório complexo e cuidados intensivos relacionados à gastropatologias, politraumatizados, entre outros

A UTI Anil, composta por 10 leitos, abrange as especialidades neurocirúrgicas e neuro clínicas, recebe pacientes de pós-operatório imediato, traumatismos cranioencefálicos (TCE) e que necessitam de avaliação do nível de consciência.

A UTI Violeta engloba especialidades oncológicas em um total de 10 leitos, divididos em cuidados clínicos, pós-operatórios imediatos e paliativos.

A UTI verde compreende especialidades médicas gerais, clínicas e cirúrgicas, contendo 23 leitos da saúde suplementar.

A UTI Vermelha possui 24 leitos, atendendo pacientes com patologias cardíacas, cirurgias cardíacas e vasculares, sendo eles, de diversos níveis de gravidade, desde cuidados de alta dependência a intensivos.

A UTI Laranja é composta por 10 leitos disponíveis para clientes em pós-operatório imediato de médio e grande porte, que requerem cuidados intensivos.

A UTI Amarela conta com 20 leitos reservados para pacientes clínicos e cirúrgicos de diferentes especialidades médicas.

De um total de 110 leitos de UTI, a amostra correspondeu a 4001 avaliações.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão: Todos os prontuários eletrônicos que possuíam a avaliação diária para segurança do paciente, gerenciada por enfermeiros das UTIs.

Critérios de exclusão: Prontuários de pacientes com tempo de internação menor que 24 horas, que não deu tempo de preencher a avaliação diária de segurança do paciente pelos enfermeiros e prontuários de pacientes que foram a óbito em menos de 24 horas de admissão na UTI.

3.4 COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi embasado no trâmite documental levando em consideração os prontuários, de acordo com a avaliação diária de segurança do paciente, segundo a portaria do Ministério da Saúde e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) nº 529, de 1 de abril de 2013 e a Resolução da Anvisa nº36, de 25 de julho de 2013, que estabelece a Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde públicos e privados a partir de protocolos. Neste estudo foi feita avaliação dos seguintes itens:

Alergia – É o registro das condições de alergia do paciente relatadas, possibilitando um cuidado seguro no que diz respeito à administração de medicamentos, realização de exames, cuidados médicos e de Enfermagem. Neste estudo, foi checado o preenchimento sobre as alergias do paciente e a descrição das substâncias que causam alguma reação alérgica em campo específico. Verificou-se presença de alergias e se constava na placa de identificação no leito do paciente.

Risco de Sepsis – Consiste em identificar rapidamente a sepsis e promover o tratamento adequado, fundamental para reduzir a alta mortalidade. Neste estudo, foi avaliado se o paciente possuía sinais e sintomas de infecção, se foi admitido na UTI com infecção, quais sinais e sintomas de infecção apresentavam, para iniciar o protocolo de sepsis o mais precoce possível.

Necessidade de restrição ao leito – Deve ser utilizada com a premissa de evitar qualquer tipo de dano ao paciente, a restrição ou qualquer forma de contenção, tendo em vista a prática de segurança do paciente. Neste estudo, foi avaliado o preenchimento do termo de restrição do paciente (APÊNDICE C), e se estava preenchido corretamente em situações em que o paciente encontrava restrito ao leito.

Risco de bronco-aspiração – Consiste em identificar os fatores que classificam o paciente com risco de aspiração e instituir medidas para minimizá-los. Neste estudo, foi avaliado se o paciente possuía risco de aspiração, se este foi identificado na avaliação diária de segurança do paciente e checado a anotação do diagnóstico de enfermagem na evolução do enfermeiro. Verificar se o paciente possui risco de aspiração se este constava na placa de identificação do leito.

Risco de infecção por meio de dispositivos invasivos – Verificar e observar se foi inserido na avaliação de segurança do paciente, o tipo de dispositivo, local, data da inserção, aspecto, se o mesmo podia ser removido e a justificativa do uso.

Risco de Flebite – A flebite caracteriza-se por inflamação da veia com sinais e sintomas característicos decorrentes de complicações da punção venosa e tempo de permanência dos cateteres intravenosos periféricos. Ela pode adiar a alta hospitalar, causar septicemia, sendo fundamental a prevenção deste agravo e a identificação precoce. Neste estudo, foi avaliado o preenchimento correto de acordo com os dispositivos em uso no paciente. Verificou-se o risco de flebite e se este foi identificado na avaliação de risco e constava na placa de identificação do leito.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram agrupados em um banco de dados em Excel 2016 e exportados para o software estatístico Software SPSS Statistics atrelados às funcionalidades da ferramenta Excel (versão 2.016). Após, foram realizadas análise estatística descritiva e inferencial, aplicado o teste U de Mann-Whitney para comparar as conformidades ou não dos protocolos gerenciados por enfermeiros na avaliação diária de segurança do paciente, adotando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A partir da auditoria realizada, obteve-se uma amostra total de todas as sete UTI's de 4.001 avaliações. Após aplicado o teste estatístico, de maneira descritiva, foi traçado o perfil da amostra estudada, contemplando as variáveis analisadas e seus desdobramentos. Os dados foram replicados de forma absoluta e relativos nesta primeira parte. No âmbito inferencial, foi traçado como objetivo estatístico, a análise de independência e predição entre as variáveis propostas no escopo do trabalho.

3.6. ÉTICA

O projeto obedeceu às recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisas que envolvem Seres Humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da FAMERP. Parecer: 2.713.068 (ANEXO 02).

RESULTADOS

4.RESULTADOS

De um total de 4001 auditorias realizadas sobre avaliação diária de segurança do paciente nos prontuários das sete UTIs, de forma geral, constatou-se que a maior taxa de preenchimento correto, ou seja, em conformidade com as boas práticas estabelecidas pela instituição foi restrição ao leito com 95,13%, seguida de risco de infecção com 91,83%, alergia com 89,83%, risco de flebite 89,43%, risco de bronco-aspiração 89,38% e risco de sepse com 87,75%, respectivamente.

Em relação às não conformidades, de acordo com as UTIS e análises realizadas, o item com maior não conformidade de preenchimento foi risco de sepse com 12,12%, seguido do risco de bronco-aspiração com 10,37%, alergia com 10,17%, risco de flebite 9,55%, risco de infecção 8,02% e restrição ao leito com 4,87%, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Amostra total das análises sobre alergia, risco de sepse, restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020.

Informação	Não se aplica		Conforme		Não conforme		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alergia	0	0,00	3594	89,83	407	10,17	4001	100,00
Risco De Sepse	5	0,12	3511	87,75	485	12,12	4001	100,00
Restrição Ao Leito	0	0,00	3806	95,13	195	4,87	4001	100,00
Risco De Bronco-Aspiração	10	0,25	3576	89,38	415	10,37	4001	100,00

Risco De Infecção	6	0,15	3674	91,83	321	8,02	4001	100,00
Risco De Flebite	41	1,02	3578	89,43	382	9,55	4001	100,00

A partir da análise geral, foram realizados cruzamentos descritivos e inferenciais de acordo com os itens avaliados, sendo o primeiro deles, o cruzamento de cada UTI x alergia conforme demonstrado na Tabela 2. Os valores de N encontrados são referentes às conformidades ou não de cada item, diferentes da Tabela anterior que demonstrava o total analisado de todas as UTIs. Como apontado na Tabela 1, somente o item alergia foi responsável por 3.594 (89,83%) conformidades e 407(10,17%) não conformidades em todas as UTIs, sendo este o novo valor de N apresentado na Tabela 2.

A partir deste momento, foram realizados cruzamentos de dados entre todas as UTIs, considerando-se que cada uma obteve um valor percentual a ser analisado que representa quanto ela apresentou individualmente do preenchimento e execução das boas práticas em relação ao item alergia, dentro da somatória total de conformidades encontradas.

Tabela 2 - Cruzamento das unidades x alergia baseado em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020

Unidades x Alergia	Não se aplica		Conforme		Não Conforme		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
p = (0,183)								
UTI Amarela	-	0	646	17,97	71	17,44	717	17,92
UTI Laranja	-	0	282	7,85	41	10,07	323	8,07

UTI Vermelha	-	0	775	21,56	49	12,04	824	20,59
UTI Verde	-	0	715	19,89	100	24,57	815	20,37
UTI Azul	-	0	539	15	75	18,43	614	15,35
UTI Anil	-	0	312	8,68	45	11,06	357	8,92
UTI Violeta	-	0	325	9,04	26	6,39	351	8,77
TOTAL	0	0	3594	100	407	100	4001	100

Conforme demonstrado na Tabela 2, a UTI com maior conformidade, ou seja, melhor resultado quando comparadas entre si foi a UTI Vermelha com 21,56%, seguida da Verde com 19,89%, Amarela com 17,97%, Azul 15,00%, Violeta com 9,04%, Anil 8,68% e Laranja com 7,85%.

Quanto às não conformidades, identificou-se que a UTI com maiores falhas no preenchimento foi a UTI Verde com 24,57%, Azul com 18,43%, Amarela com 17,44%, Vermelha com 12,04%, Anil 11,06%, Laranja 10,07% e Violeta com 6,39%. No item alergia não houve correlação estatística significativa ($p=0,183$), demonstrando que embora haja diferenças entre as UTIs, ela não foi tão discrepante.

Sobre o Risco de Sepsis, observou-se que no total de conformidades houve uma pequena diminuição nos valores, com 3511 de 4001 checagens. Dentre elas, a que se destacou foi a UTI Verde com 20,93%, seguida da Vermelha com 19,79%, Amarela com 17,46%, Azul 14,84%, Violeta com 9,63%, Anil com 8,72% e Laranja com 8,63%.

O valor total de não conformidades foi de 485. Quando comparadas entre si, a UTI que apresentou maiores falhas no preenchimento do risco de sepsis foi a UTI

Vermelha com 26,60%, seguida da Amarela com 20,41%, Azul com 19,18%, Verde com 16,49%, Anil 10,52%, Laranja 4,12% e Violeta com 2,68%.

Com isso, identificou-se que as variáveis analisadas do item risco de sepse estão estatisticamente correlacionadas ($p = 0,000$), ou seja, há uma disparidade em relação à assistência e preenchimento correto de risco de sepse que precisa ser revisto por meio da gerência dessas unidades e do serviço de Enfermagem, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Cruzamento das unidades x risco de sepse baseado em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020

Unidades x Risco de Sepse	Não se Aplica		Conforme		Não Conforme		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
UTI Amarela	5	100,00	613	17,46	99	20,41	717	17,92
UTI Laranja	0	0,00	303	8,63	20	4,12	323	8,07
UTI Vermelha	0	0,00	695	19,79	129	26,60	824	20,59
UTI Verde	0	0,00	735	20,93	80	16,49	815	20,37
UTI Azul	0	0,00	521	14,84	93	19,18	614	15,35
UTI Anil	0	0,00	306	8,72	51	10,52	357	8,92
UTI Violeta	0	0,00	338	9,63	13	2,68	351	8,77
TOTAL	5	100,00	3511	100,00	485	100,00	4001	100,00

A Tabela 4 mostra que quando analisadas de forma individual e relacionadas com a análise total das UTIs, a unidade que apresentou maior conformidade foi a UTI vermelha.

Sobre as não conformidades, a que apresentou maior valor foi a UTI Azul. Identificou-se que as variáveis analisadas do item restrição ao leito foram estatisticamente significantes, $p = (0,046)$. Ou seja, há diferenças entre as UTIs em relação ao preenchimento e realização correta da restrição do paciente ao leito, demonstrando a necessidade de ajustes na dinâmica e comportamento dos enfermeiros dessas UTIs, por meio da gerência dessas unidades e do serviço de Enfermagem.

Tabela 4 - Cruzamento das unidades x restrição ao leito baseado em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020

Unidades x Restrição ao Leito	Não se Aplica		Conforme		Não Conforme		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
p = (0,046)								
UTI Amarela	0	0,00	685	18,00	32	16,41	717	17,92
UTI Laranja	0	0,00	309	8,12	14	7,18	323	8,07
UTI Vermelha	0	0,00	795	20,89	29	14,87	824	20,59
UTI Verde	0	0,00	794	20,86	21	10,77	815	20,37
UTI Azul	0	0,00	573	15,06	41	21,03	614	15,35
UTI Anil	0	0,00	325	8,54	32	16,41	357	8,92
UTI Violeta	0	0,00	325	8,54	26	13,33	351	8,77
TOTAL	0	0,00	3806	100,00	195	100,00	4001	100,00

Analisando o risco de bronco-aspiração, observou-se a UTI Vermelha com destaque de conformidades. Quanto às não conformidades, a UTI com maior índice de falhas no preenchimento da avaliação diária do risco de bronco-aspiração foi a Verde.

Constatou-se que as variáveis analisadas do item risco de bronco-aspiração não foram estatisticamente correlacionadas ($p = 0,491$), ou seja, não houve diferenças entre as UTIs em relação ao preenchimento e realização correta da avaliação diária, demonstrando um comportamento esperado pelo setor de qualidade e serviço de Enfermagem da instituição.

Tabela 5 - Cruzamento das unidades x risco de bronco-aspiração baseado em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020

Unidades x Risco de Bronco-aspiração	Não se Aplica		Conforme		Não Conforme		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
$p = (0,491)$								
UTI Amarela	10	100,00	620	17,34	87	20,96	717	17,92
UTI Laranja	0	0,00	268	7,49	55	13,25	323	8,07
UTI Vermelha	0	0,00	797	22,29	27	6,51	824	20,59
UTI Verde	0	0,00	688	19,24	127	30,60	815	20,37
UTI Azul	0	0,00	540	15,10	74	17,83	614	15,35
UTI Anil	0	0,00	345	9,65	12	2,89	357	8,92
UTI Violeta	0	0,00	318	8,89	33	7,95	351	8,77
TOTAL	10	100,00	3576	100,00	415	100,00	4001	100,00

Quanto ao risco de infecção, a UTI que obteve maior conformidade no preenchimento da avaliação diária foi a Vermelha, com 21,83%. Na análise das não conformidades, observou-se que a Verde apresentou um valor de 26,79%.

Com o valor $p = 0,000$ obtido, foi identificado que as variáveis avaliadas do item risco de infecção estavam estatisticamente correlacionadas, ou seja, houve diferenças entre as UTIs que precisam ser revistas, analisadas e corrigidas pelos enfermeiros dessas unidades, conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Cruzamento das unidades x risco de Infecção por meio de dispositivos invasivos baseado em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020

Unidades x Risco de Infecção	Não se		Conforme		Não		TOTAL	
	Aplica				Conforme			
$p = (0,000)$	N	%	N	%	N	%	N	%
UTI Amarela	6	100,00	685	18,64	26	8,10	717	17,92
UTI Laranja	0	0,00	281	7,65	42	13,08	323	8,07
UTI Vermelha	0	0,00	802	21,83	22	6,85	824	20,59
UTI Verde	0	0,00	729	19,84	86	26,79	815	20,37
UTI Azul	0	0,00	543	14,78	71	22,12	614	15,35
UTI Anil	0	0,00	319	8,68	38	11,84	357	8,92
UTI Violeta	0	0,00	315	8,57	36	11,21	351	8,77
TOTAL	6	100,00	3674	100,00	321	100,00	4001	100,00

No item risco de flebite, observou-se que a UTI Vermelha destacou-se, com 22,16% de preenchimentos corretos das avaliações diárias, conforme mostra a Tabela 7.

As não conformidades identificadas sobre risco de flebite foram 28,01% na UTI Azul. Verificou-se também que as variáveis avaliadas do item risco de flebite foram estatisticamente significantes quando correlacionadas ($p = 0,000$).

É importante destacar que o valor apresentado na coluna “Não se Aplica” na UTI Violeta foi significativo quando relacionado aos outros valores, pelo acesso para medicações dos pacientes ocorrer através de punções no dispositivo *port-a-cath*, de forma exclusiva.

Tabela 7 - Cruzamento das unidades x risco de flebite baseado em análise realizada no período de setembro de 2018 a julho de 2019 em UTIs de um hospital de ensino - São José do Rio Preto - SP - Brasil – 2020

Unidades x Risco de Flebite	Não se Aplica		Conforme		Não Conforme		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
$p = (0,000)$								
UTI Amarela	0	0,00	633	17,69	84	21,99	717	17,92
UTI Laranja	0	0,00	275	7,69	48	12,57	323	8,07
UTI Vermelha	0	0,00	793	22,16	31	8,12	824	20,59
UTI Verde	0	0,00	735	20,54	80	20,94	815	20,37
UTI Azul	0	0,00	507	14,17	107	28,01	614	15,35
UTI Anil	0	0,00	338	9,45	19	4,97	357	8,92
UTI Violeta	41	100,00	297	8,30	13	3,40	351	8,77
TOTAL	41	100,00	3578	100,00	382	100,00	4001	100,00

De maneira geral, a UTI vermelha mostrou-se com melhores resultados quando comparada às outras unidades. Podem ser explicados pela clínica dos pacientes internados nesta unidade, sendo eles de média e alta complexidade, ou seja, há uma diferença entre eles, pois alguns são classificados como cuidado de alta dependência e semicrítico, demandando menor tempo de assistência de Enfermagem, menor carga de trabalho da equipe e , conseqüentemente, menor risco para EA.

Quanto às não conformidades, de forma geral, a UTI Verde foi a que apresentou maiores falhas no preenchimento da avaliação diária de segurança dos seis itens estudados. Isto demonstrou uma contradição, pois recebe pacientes da saúde suplementar e particulares, em que são exigidas maiores atenções ao preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente, e também um empenho maior por parte dos enfermeiros para evitar as glosas dos prontuários que serão analisadas pelo serviço de auditoria interna e , posteriormente, pela equipe auditora externa de cada convênio.

O item restrição ao leito obteve maior conformidade em todas as UTIs, o que pode ser explicado pelo fato de ser uma atividade realizada em número menor de pacientes internados, pois só são restritos aqueles que se encontram agitados, confusos, com risco de retirar dispositivos invasivos ou com risco de queda elevado, de acordo com a escala de Morse. Na maioria das unidades, os pacientes ficam com medicações sedoalngésicas, de acordo com o protocolo de sedação da instituição.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

O cuidado realizado por meio de protocolos tem como objetivo garantir uma assistência adequada e alcançar os melhores resultados, levando em conta que uma das etapas para melhorar a segurança do paciente é o desenvolvimento de uma cultura de segurança em toda a instituição.³² Corroborando com o descrito acima, a presente pesquisa observou que o preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros em UTI, faz parte do processo de sistematização da assistência, de acordo com as metas estabelecidas pelo serviço de Enfermagem, juntamente com o setor de qualidade e gerência de risco do hospital.

Constatou-se que houve diferenças significantes entre as UTIs, sendo que algumas possuem melhor desempenho em relação às demais. O que pode estar relacionado ao melhor ou pior resultado na assistência de Enfermagem nessas unidades. Considera-se que todas possuem as mesmas condições de trabalho e equipe dimensionada de forma equitativa, tanto em quantidade de profissionais como em qualidade. Pode-se inferir que a qualidade e a segurança da assistência de Enfermagem relacionam-se com a carga de trabalho da equipe e a gestão e liderança dos enfermeiros dessas unidades.

Quanto à carga de trabalho da Enfermagem, ela é composta pelo tempo despendido pela equipe para realizar as atividades de sua responsabilidade, que direta ou indiretamente relacionam-se ao atendimento do paciente. Em adição, estas atividades sofrem a interferência do grau de dependência do indivíduo, das complexidades das doenças dos pacientes ali internados, das características da instituição, dos processos de trabalho e do perfil dos profissionais da equipe.³³

Estudo realizado em um hospital público no interior do Rio de Janeiro, demonstrou que a prevalência de contenção mecânica na UTI é de 93,1%, o que foi congruente com este estudo, que apresentou 95,13% de conformidades no preenchimento da avaliação diária sobre a restrição ao leito nas sete UTIs. É justificado pelo uso de dispositivos invasivos, principalmente na UTI Violeta, com maior quantidade destes dispositivos para uso no tratamento, manutenção e recuperação dos pacientes em tratamento oncológico.³⁴

A equipe de Enfermagem deve realizar a restrição ao leito com intuito de proteger o paciente, de acordo com a avaliação do enfermeiro para evitar a retirada brusca de dispositivos que estão sendo utilizados no paciente³⁴, que vem ao encontro das altas taxas obtidas nesta pesquisa, em relação ao preenchimento da avaliação diária para segurança na restrição dos pacientes nas sete UTIs.

Em um hospital público do Nordeste, na cidade de Natal, foram avaliadas as principais não conformidades dos registros de Enfermagem em prontuários, sendo um dos resultados encontrados a inadequabilidade dos registros em relação à presença de alergias, com 96%³⁵, contrapondo-se, de forma significativa, com os resultados desta pesquisa, que mostrou não conformidades no preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente sobre alergia, somente 10,17% de falhas.

A pesquisa realizada em um Hospital universitário da Unidade Federal de Sergipe, que realizou levantamentos de dados de prontuários em evoluções de Enfermagem, encontrou que 78,1% constavam o registro sobre alergias e/ou reações adversas a medicamentos³⁶. Este achado corrobora com esta pesquisa, que apresentou 89,83% dos registros em conformidade com a meta estabelecida pela instituição, de acordo com os prontuários analisados.

Quando se fala em sepse, a utilização de protocolos para demandas específicas é de extrema importância à organização assistencial de saúde, por estabelecer condutas e procedimentos efetivos à otimização do processo de trabalho, presidindo a prática assistencial com o mínimo de variações de tratamento.³⁷

Pacientes em sepse ocupam cerca de 10% dos leitos de UTIS, caracterizando a principal causa de óbitos em UTIs não cardiológicas.³⁸ As novas diretrizes da *Surviving Sepsis Campaign* recomendam a utilização rotineira de dispositivos de triagem de sepse, salientando que a construção e validação de protocolos específicos com metodologia adequada podem nortear a assistência do enfermeiro para este grupo de pacientes.³⁹

Em um estudo realizado em um hospital particular em Joinville, foi demonstrado a importância de uso de um sistema eletrônico para a avaliação de pacientes que podem apresentar risco de sepse, para que o diagnóstico seja o mais precoce possível para início da administração de antibióticos.⁴⁰ Nesta pesquisa, observou-se que o item de conformidade de preenchimento de risco de sepse foi o que obteve menor taxa de conformidades no preenchimento, destacando a importância de uma melhoria na avaliação dos enfermeiros dessas unidades, quanto à significância da triagem dos possíveis pacientes em risco de sepse.

A pneumonia hospitalar é uma das maiores causas de morte por infecções adquiridas nos hospitais.⁴¹ Nos Estados Unidos, é a segunda infecção hospitalar mais encontrada em adultos. No Brasil, lidera o quarto lugar referente à causa da hospitalização, sendo os idosos o principal alvo, devido à incidência aumentada de disfagia e refluxo gastroesofágico.⁴²

Além das doenças neurológicas e da intubação orotraqueal, outros fatores estão associados ao risco de bronco-aspiração, destacando-se ainda o uso de dietas nasoenterais, medicações psiquiátricas e depressoras do sistema nervoso central, cirurgias de cabeça e pescoço, neoplasias, doenças pulmonares e o processo de envelhecimento.⁴³ Sendo assim, a literatura sugere a sua prevenção e a declaram como a principal meta no cuidado ao paciente com tal risco.⁴⁴

O gerenciamento de risco em saúde tem sido frequentemente citado e implantado nos complexos hospitalares de maneira a possibilitar diminuição dos EAs, a partir de condutas, procedimentos e recursos que detectam, classificam e monitoram os riscos inerentes à assistência em saúde.⁴⁵

No Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, foi analisado o gerenciamento do risco de bronco-aspiração nas unidades de clínica médica, clínica cirúrgica e UTI, onde evidenciou-se que as UTIs foram as unidades do hospital que melhor identificaram o risco.⁴⁶ Quando relacionado a este estudo, em que constatou-se que o item risco de bronco-aspiração foi preenchido de maneira correta em 89,38% das análises realizadas nas sete UTIs, demonstrando a importância da avaliação diária de segurança.

Sobre as infecções, os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos e o aparecimento de microrganismos multirresistentes, tornaram as infecções em UTI um problema de saúde pública e um combate constante por parte dos profissionais envolvidos.⁴⁷ As ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, particularmente em UTIs, incluem a vigilância do perfil microbiológico e de sensibilidade dos microrganismos; o uso racional de antimicrobianos e de procedimentos invasivos, a redução do período de hospitalização,

o desempenho consciente e eficiente da equipe de saúde, bem como a conscientização dos usuários quanto aos riscos biológicos, dentre outras condutas.⁴⁸

É consolidado na literatura que a permanência do paciente no ambiente crítico configura-se como grande fator de risco para aquisição de infecções, visto que este sofre grande exposição ambiental, aumento das chances de colonização por microrganismos multirresistentes e infecção cruzada.⁴⁹ Nesta pesquisa, demonstrou-se que em 91,83% das análises, os enfermeiros conseguiram identificar e preencher de maneira correta, os dispositivos que poderiam levar o paciente a uma situação de risco para infecções, ou seja, há uma identificação precoce, e isso é o esperado.

O conhecimento dos enfermeiros e identificação precoce de fatores de risco para a flebite pode diminuir as complicações. Isso melhora a qualidade do cuidado, índices de satisfação do paciente e, ao mesmo tempo, reduz o tempo de internação hospitalar e o custo total dos cuidados de saúde.⁵⁰

Em um estudo realizado em três instituições de saúde na Sérvia e na Croácia, avaliou-se a percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco relacionados ao paciente dos potenciais causadores de flebite. A análise mostra que os enfermeiros reconheceram alguns fatores que podem reduzir a incidência de flebite, tais como: boas práticas de punção venosa e documentação adequada⁵⁰. Nesta pesquisa, 89,43% das avaliações do preenchimento correto do risco de flebite gerenciados por enfermeiros em UTIs estavam em conformidade.

Em todas as UTIs, destacou-se uma preocupação com a segurança do paciente e o desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada para a segurança. Muitos protocolos de segurança já foram implantados, analisados e modificados a fim de melhorar os processos de trabalho da enfermagem. Os treinamentos e capacitações

por meio da educação permanente, auxiliam no processo de mudança nas avaliações, propiciando maior envolvimento e conscientização desses profissionais.

A utilização de protocolos de segurança pode ser analisada por meio de auditorias realizadas, levantando os pontos importantes, as causas de falhas, fazendo diagnósticos situacionais e busca de soluções para a melhoria da qualidade em saúde, impactando em melhor resultado na assistência. Além disso, é necessário adequar os recursos humanos em todas as unidades, baseado no dimensionamento de profissionais, para evitar sobrecarga de trabalho da enfermagem, visando tempo suficiente para a realização das avaliações de segurança do paciente.

De forma geral, constataram-se diferenças quanto ao preenchimento da avaliação de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros em todos os seis itens das sete UTIs. A análise individual de cada item também apontou diferenças entre as sete UTIs.

A UTI que possui como característica o atendimento de menor complexidade, ou seja, de pacientes classificados como alta dependência e semi-intensivos, portanto, com menor carga de trabalho da equipe de Enfermagem foi a que apresentou melhores resultados quanto ao preenchimento da avaliação diária de segurança e a UTI que atende a pacientes da saúde suplementar foi a que apresentou piores resultados.

É importante destacar que quando identificada a necessidade de restrição ao leito, por meio do prontuário eletrônico e do programa específico do serviço de Enfermagem, a própria ficha de avaliação que os enfermeiros preenchem mostra um lembrete para preencher o protocolo mostrado no Apêndice C; sendo assim, há um facilitador para diminuir as não conformidades do preenchimento deste item.

O preenchimento da avaliação diária sobre o risco de sepse exige um pouco mais de raciocínio clínico do enfermeiro, pois deve avaliar os sinais vitais do paciente, a queixa, o histórico e, baseado na coleta de informações e o nível de conhecimento de cada profissional, o mesmo identificará o risco de sepse que o paciente apresenta e iniciará todas as condutas necessárias. Portanto, talvez, sendo um dos itens que mais exige tempo e habilidade dos enfermeiros, e, quando há intercorrências, como paradas cardiorrespiratórias ou procedimentos que aumentem a carga de trabalho para a equipe, acaba diminuindo a chance da identificação precoce de um quadro de sepse.

A identificação da sepse precisa ser rápida para que haja manejo das condutas o quanto antes, fazendo com que a chance de sobrevivência de um paciente seja maior. Com os resultados obtidos nesta pesquisa torna-se relevante estabelecer articulações entre as UTIs e outros serviços hospitalares, desencadeando ações de melhoria da assistência por meio do setor de qualidade, gerência de risco e educação permanente, a fim de contribuir para redução do preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente em UTIs adulto de um hospital de ensino.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Houve diferenças significantes, tanto na análise geral como na individual, em relação à avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros nas sete UTIs, em todos os dias da semana, em relação à alergia, risco de sepse, necessidade de restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite.

A restrição ao leito foi o item de maior conformidade em relação aos demais e o risco de sepse foi o de menor conformidade. A UTI com pacientes de menor complexidade foi a que apresentou melhor resultado e a que atende a pacientes complexos e graves, em diversas especialidades médicas. Foi a que mostrou pior resultado em relação aos seis itens de segurança.

Conclui-se que há necessidade de intervenção para melhoria da avaliação diária de segurança do paciente que deveria ser gerenciada por enfermeiros em sua totalidade, de acordo com as metas estabelecidas pelo serviço de Enfermagem da instituição.

A segurança é um fator imprescindível na dimensão do cuidado, portanto, avaliar as boas práticas gerenciadas por enfermeiros, identificar as falhas e conhecer a realidade da assistência devem gerar reflexão entre os profissionais e apontar a necessidade de um plano de ação para cada Unidade de Terapia Intensiva

REFERÊNCIAS

REFERENCIAS

1. Magalhães AMM, Moura GMSS, Pasin SS, Funcke LB, Pardal BM, Kreling A. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2020 Set 18];49(spe.):43-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700007>.
2. Machado RC, Gironés P, Souza AR, Moreira RSL, Von Jakitsch CB, Branco JNR. Nursing care protocol for patients with a ventricular assist device. Rev Bras Enferm. 2017;70(2):335-41.
3. Brochado C, Ribas JLC. Estresse da equipe de enfermagem na UTI. Rev Saúde Desenvolv. 2018;12(13):44-57.
4. Milagres LM. Gestão de risco para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015.
5. Padilha KG, Barbosa RL, Oliveira EM, Andolhe R, Ducci AJ, Secoli SR. Segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: desenvolvimento de um projeto de pesquisa. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(esp):157-63.
6. Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. NBR ISO 31000: gestão de riscos – princípios e diretrizes. Rio de Janeiro: ABNT; 2009.
7. Silva A, Martelli PJJ, Falk JA. A matriz de risco como instrumento de priorização para a segurança da prática assistencial hospitalar. Rev Acreditação. 2014;4(8):42-9.
8. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. Mundo Saúde. 2011;35(3):319-31.
9. Pimenta CAM, Francisco AA, Lopes CT, Nishi FN, Maia FOM, Shimoda GT, et al. Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; 2017.
10. Tokyo declaration on patient safety (finalised draft). In: World Health Organization – WHO. Third global ministerial summits on patient safety (2018) [homepage na Internet]. Genebra: WHO; 2018 [acesso em 2019 Ago 01]. Disponível em: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204005.pdf>.

11. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto & Contexto Enferm.* 2016;25(2):e1610015.
12. Ribeiro BS, Silva MC. Auditoria de enfermagem e sua importância no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. *Refaci.* 2017;2(2):1-25.
13. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Patient safety management from the perspective of nurses. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(2):275-83.
14. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):144-54.
15. Alves DFS, Guirardello EB. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. *Rev Gaúcha Enferm [periódico na Internet].* 2016[acesso em 2020 Set 17];37(2):e58817. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>.
16. Ferreira CISRA. Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade [dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2015.
17. Lima SM, Martins C. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. *Rev Adm Saúde.* 2014;16(63):61-6.
18. Borba GS, Kliemann Neto FJ. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. *Saúde Soc [periódico na Internet].* 2008 [acesso em 2020 Dez 08];17(1):44-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100005>.
19. Souza TCR, Lacerda PT. Planejamento estratégico e qualidade: acreditação hospitalar – um estudo de caso no Hospital Vita Volta Redonda. In: V Congresso Nacional de Excelência em Gestão: gestão do conhecimento para a sustentabilidade; 2009; Niterói. Anais. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2009. p. 2-22.
20. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(2):213-9.
21. Bão ACP, Amestoy SC, Moura GMSS, Trindade LL. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. *Rev Bras Enferm [periódico na Internet].* 2019 [acesso em 2020 Dez 08];72(2):360-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.

22. Alastico GP, Toledo JC. Acreditação hospitalar: proposição de roteiro para implantação. *Gest Prod* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2020 Dez 08];20(4):815-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2013005000011>.
23. Rossaneis MA, Gabriel CS, Haddad MCL, Melo MRAC, Bernardes A. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. *Rev Eletrônica Enferm*. 2014;16(4):769-76.
24. Duarte SC, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(6):1074-81. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0479.2651>.
25. Castro AF, Rodrigues MCS. Auditoria de práticas de precauções-padrão e contato em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2019 [acesso em 2020 Set 09];53:e03508. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018018603508>.
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [homepage na Internet]. Brasília: ANVISA; 2013 [acesso em 2020 Set 09]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html.
27. França CDM, Albuquerque PR, Santos ACBC. Perfil epidemiológico da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. *InterScientia* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2020 Set 09];1(2):72-82. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/37/34>.
28. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2020 Dez 08];18(1):122-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.
29. Axelrod DA, McCullough KP, Brewer ED, Becker BN, Segev DL, Rao PS. Kidney and pancreas transplantation in the united states, 1999–2008: the changing face of living donation. *Am J Transplant*. 2010;10(4 pt 2): 987–1002.
30. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, Gordon S, Francis J, May L, et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001;286(21):2703-10.
31. Oliveira Roberta Meneses, Leitão Ilse Maria Tigre de Arruda, Silva Lucilane Maria Sales da, Figueiredo Sarah Vieira, Sampaio Renata Lopes, Gondim Marcela Monteiro.

Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. Esc. Anna Nery [Internet]. 2014 Mar [cited 2021 Jan 17]; 18(1): 122-129. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000100122&lng=en. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.

32. Inoue Kelly Cristina, Matsuda Laura Misue. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. Acta paul. enferm. [Internet]. Junho de 2010 [citado em 17 de janeiro de 2021]; 23 (3): 379-384. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000300011&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300011>.

33. Souza LMS, Santana RF, Capeletto CSG, Menezes AK, Delvalle R. Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2019 [acesso em 2020 Dez 09];53:e03473. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018007303473>.

34. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. Rev Bras Enferm [periódico na Internet]. 2020 [acesso em 2020 Dez 09];73(2):e20180542. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>

35. L.M.C. Santos. Comunicação Relacionada Ao Uso De Medicamentos Em Prontuários Clínicos. Trabalho de Monografia do curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe, 2017.

36. Grupo Hospitalar Conceição. Diretrizes clínicas/protocolos assistenciais GEP – GHC: manual operacional. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2008.

37. Peninck PP, Machado RC. Implementation of sepsis algorithm by nurses in the Intensive Care Unit. Rev Rene [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2016 Jul 10];13(1):187-99. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/30

38. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 2017 Abr 10];43(3):304-77. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6

39. Westphal GA, Pereira AB, Fachin SM, Sperotto G, Gonçalves M, Albino L, et al. Um sistema eletrônico de alerta ajuda a reduzir o tempo para diagnóstico de sepse. Rev Bras Ter Intensiva [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 Dez 09];30(4):414-22. DOI: 10.5935/0103-507X.20180059.

40. Raghavendran K, Mylotte JM, Scannapieco FA. Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. *Periodontol 2000* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2020 Set 09];44(1):164-77. DOI: 10.1111/j.1600-0757.2006.00206.x.
41. Lanspa MJ, Jones BE, Brown SM, Dean NC. Mortality, morbidity, and disease severity of patients with aspiration pneumonia. *J Hosp Med* [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2020 Set 28];8(2):83-90. DOI: [10.1002/jhm.1996](https://doi.org/10.1002/jhm.1996).
42. Delegge MH. Aspiration pneumonia: incidence, mortality and at-risk populations. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2002;26(6 Supl):S19-25.
43. Souza AS. Prevalência de pneumonia associada à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva [dissertação]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2012.
44. Lima HO, Dutra ECR. O gerenciamento de riscos na saúde – aplicação na atenção hospitalar. *Rahis* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2020 Set 30];(2):87-90. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v0i5.1114>.
45. Carmo LFS, Santos FAA, Mendonça SCB, Araújo BCL. Gerenciamento do risco de broncoaspiração em pacientes com disfagia orofaríngea. *Rev CEFAC* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 Dez 09];20(4):532-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620182045818>.
46. Turrini RNT, Santo AH. Nosocomial infection and multiple causes of death. *J Pediatr*. 2002;78(6):485-90.
47. Lima ME, Andrade D, Haas Vanderlei J. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2020 Dez 09];19(3):342-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300013>.
48. Marra AR, Camargo LFA, Pignatari ACC, Sukiennik T, Behar PRP, Medeiros EAS. Nosocomial bloodstream infections in Brazilian hospitals: analysis of 2,563 cases from a prospective nationwide surveillance study. *J Clin Microbiol* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2020 Set 28];49(5):1866-71. DOI: 10.1128/JCM.00376-11.
49. Milutinović D, Simin D, Zec D. Fatores de risco para flebite: estudo com questionário sobre a percepção dos enfermeiros. *Rev Latinoam Enferm* [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2020 Dez 10];23(4):677-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0192.2603>.

APÊNDICE

APÊNDICE A – AVALIAÇÃO DIÁRIA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ADULTO

AVALIAÇÃO DIÁRIA DE SEGURANÇA DO PACIENTE ADULTO

Data/Hora:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Pulseira de Identificação: Sim Não Pulseira de Identificação Legível: Sim Não

ALERGIA Sim Não

CONTROLE GLICÊMICO

Frequência de dextro: h/h Dextro nas últimas 24 horas:

Sem dextro de horário

DUPLA CHECAGEM

Medicamento Hemoterápico Quimioterápico NPP Não se aplica dupla checagem

RISCO DE SEPSE

Suspeita de infecção? Sim Não Paciente admitido com Sepsis? Sim Não

Paciente apresenta dois ou mais sinais ou sintomas abaixo?

PAS < ou = 100mmHg

Alteração do nível de consciência: agitação, confusão ou sonolência

Frequência Respiratória > ou = 22 ipm.

Ou na presença de outra disfunção orgânica(secundária à infecção) - avaliar outras disfunções pelo Escore SOFA conforme protocolo de SEPSE.

RISCO DE TEV

Paciente apresenta risco de TEV? Sim Não Contra indicação para profilaxia medicamentosa? Sim Não

Paciente com profilaxia medicamentosa? ▼

Paciente com profilaxia mecânica? ▼

RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO

Mobilidade: ▼

Atividade: ▼

Percepção Sensorial: ▼

Umidade: ▼

co	Alergias	Avaliacao	Exame Fisico	Evolucao	Prescricao	Anotacao
----	----------	-----------	--------------	----------	------------	----------

Umidade: Selezione

Fricção Cisalhamento: Selezione

Nutrição: Selezione

Calcular Risco:

ESCALA DE MORSE

História de queda nos últimos 3 meses? Selezione

Diagnóstico secundário? Selezione

Terapia endovenosa? Selezione

Estado Mental: Selezione

Ajuda na mobilização: Selezione

Marcha: Selezione

Calcular Morse:

NECESSIDADE DE RESTRIÇÃO AO LEITO

Sim Não

RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

Sim Não

RISCO DE INFECÇÃO - DISPOSITIVOS INVASIVOS

Tipo:	Local:	Data Inserção:	Pode ser removido?	Justificativa:
Selezione		//	Selezione	
Selezione		//	Selezione	
Selezione		//	Selezione	
Selezione		//	Selezione	

Drenos:

1. Tipo:	Selezione	Local:		Aspecto:	
2. Tipo:	Selezione	Local:		Aspecto:	
3. Tipo:	Selezione	Local:		Aspecto:	
4. Tipo:	Selezione	Local:		Aspecto:	

RISCO DE FLEBITE

Risco de Flebite: Selezione

RISCO DE EXTRAVASAMENTO

Sim Não Não se aplica

APÊNDICE C – PROTOCOLO DE RESTRIÇÃO DE PACIENTE

PROTOCOLO DE RESTRIÇÃO DE PACIENTE

Indicação para restrição(pelo menos 1 item):

- Agressivo com outras pessoas e/ou a si mesmo.
- Apresenta risco de degradação do ambiente e/ou de equipamentos.
- *Apresenta risco de queda(confusão, agitação, distúrbio neurológico, queda anterior)
- *Apresenta risco de retirar dispositivos invasivos que auxiliam no seu tratamento.
- Apresenta-se agitado(pós operatório e/ou outros motivos)
- Apresenta doença mental em situação de agressividade
- Outros:

*Estes pacientes devem ficar em local com maior visibilidade de toda a equipe e vigilância constante.

Antes de realizar a restrição do paciente, já foram tentados sem sucesso(pelo menos 3 itens)

- Distrair o paciente com revista ou televisão
 - Fornecido informações sobre todos os dispositivos e equipamentos que estão sendo utilizados e sua importância no tratamento

 - Posicionado o paciente confortavelmente.
 - Permitido(se possível) visita familiar estendida.
 - Realizado luvas para dificultar retirada de dispositivos.
 - Administrado medicações prescritas para agitação e/ou delirium.
 - Outros:
-

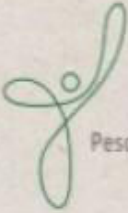
ATENÇÃO

- **Ler a seguir atentamente o protocolo de restrição mecânica de pacientes e o POP 238, antes de realizar a restrição.**
- O paciente deve ser reavaliado a cada hora, assim que possível retirar restrições.
- Caso haja necessidade de permanecer restrito, deve-se preencher este formulário a cada 24 horas.
- Este formulário deve ficar arquivado no prontuário do paciente.
- Todos os cuidados para a prevenção de complicações devem estar na prescrição de enfermagem.
- Atenção as condutas de não conformidades, caso ocorra.

Observação:

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

Parecer nº 2.713.068

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa **CAAE 89037418.5.0000.5415** sob a responsabilidade de **Lúcia Marinilza Beccaria** com o título "VERIFICAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS RELACIONADAS À AVALIAÇÃO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi **aprovado por esse CEP.**

Lembramos ao senhor (a) pesquisador (a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 14 de junho de 2018.

Prof. Dr. Gerardo Maria de Araujo Filho
Coordenador do CEP/FAMERP

17 3201 5812
cep@famerp.br
Av. Brigadeiro Faria Lima 5416 | Vila São Pedro
15090-000 | São José do Rio Preto SP
www.famerp.br/cep

MANUSCRITO

ANÁLISE DE BOAS PRÁTICAS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Resumo

Objetivo: Analisar as boas práticas assistenciais para segurança do paciente em relação à alergia, sepse, restrição ao leito, bronco-aspiração, infecção por meio de dispositivos invasivos e flebite.

Método: Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em sete unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino do interior paulista, por meio de auditoria em prontuários, totalizando 4.001. **Resultados:** A análise geral demonstrou diferenças significantes em todas as sete unidades. De forma individual, cada unidade apresentou diferenças significantes nas seis práticas avaliadas. A unidade com atendimento de menor complexidade, foi a que apresentou melhor resultado e a que atende pacientes mais graves foi a que apresentou pior resultado. Restrição ao leito foi o de maior conformidade e o risco de sepse foi o menor. **Conclusão:** A avaliação diária de boas práticas é necessária para maior segurança do paciente e planejamento das ações de melhoria da assistência de enfermagem em UTI.

Descritores: Análise de boas práticas; Segurança do paciente; Enfermagem; Hospital; Unidade de terapia intensiva.

Introdução

A segurança tem sido muito discutida na área da saúde especialmente nas últimas duas décadas. Publicações de estudos do *Institute of Medicine* e da *World Health Organization* desencadearam um movimento global sobre questões envolvendo riscos decorrentes de erros ou falhas que podem causar danos ou até a morte de pacientes nos atuais sistemas de saúde, exigindo mudanças na gestão em saúde.⁽¹⁾ Nos hospitais, as unidades de assistência ininterrupta devem respeitar o quadro mínimo de pessoal exigido pelo Conselho Regional de Enfermagem (Coren), em especial, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) pela alta complexidade, em que é necessário experiência e aptidão de toda a equipe multiprofissional para o cuidado sistematizado ao paciente crítico.⁽²⁾

Por se tratar de um local estressante e sobrecarregado, a UTI atinge diretamente aos pacientes, seus familiares e a equipe de enfermagem, pelo contato direto e conseqüentemente, com os efeitos negativos que o ambiente proporciona. Esses fatores podem acabar prejudicando a

assistência, uma vez que a equipe, em função dos estressores ou efeitos emocionais, pode ter sua capacidade de atenção reduzida, afetando diretamente a qualidade do serviço, causando possíveis erros dentro da unidade. ⁽³⁾

É preciso desenvolver políticas, condutas, procedimentos e recursos na avaliação de riscos e eventos adversos (EAs) que afetam a segurança à saúde humana, integridade profissional, meio ambiente e imagem institucional. As valorizações de funções administrativas executadas por enfermeiros são exigidas pelas instituições de saúde, considerando que para a melhoria da assistência, de forma coletiva ou individual, é necessária a junção de recursos financeiros, humanos, materiais e tecnológicos disponíveis. ⁽⁴⁾

Para a melhoria da assistência prestada por enfermeiros, o Coren-SP formulou em 2013, protocolos assistenciais, com intuito de garantir o cuidado de acordo com as evidências científicas, visto que ainda é um desafio para os profissionais durante a prática clínica a implementação de novos conhecimentos, assim sendo, instituiu-se protocolos com objetivo de minimizar danos ao paciente. O enfermeiro também participa do desenvolvimento dos padrões de qualidade, na medida em que as exigências dos cidadãos e a visão estratégica da gestão nos serviços de saúde exigem aumento do nível de conhecimento e a utilização da informação baseada em evidências. ⁽⁵⁾

É necessário realizar checagem das práticas assistenciais, por meio de auditorias de enfermagem como ferramenta de avaliação de segurança do paciente, que permite determinar a qualidade do cuidado prestado, por meio da observação contínua das condutas, identificando suas adequações aos objetivos propostos, possibilitando as propostas de melhoria para a assistência. Tratando-se de um processo educativo contínuo, tem por princípios examinar, corrigir e certificar a instituição, a fim de garantir a adesão às práticas seguras da assistência em saúde e verificar a necessidade de capacitações aos colaboradores. ^(6,7)

Com as auditorias, pode-se observar que frequentemente, os registros de não conformidades são subnotificados, pois o colaborador teme sofrer algum tipo de punição, mostrando a importância de haver capacitações profissionais e de uma gerência de risco colaborativa, que invista na equipe e transforme as falhas em aprimoramentos dos conhecimentos e habilidades, contribuindo para o acompanhamento e controle das falhas e implementação de medidas preventivas e mais eficazes. ^(7,8)

Os padrões de qualidade solidificam a atuação da enfermagem em uma época em que as exigências são crescentes. Com os avanços da tecnologia e os meios variados de acesso à

informação, o grau de exigência tem se tornado cada vez maior. O conceito de qualidade passou a ser dinâmico e possuir várias interpretações, de acordo com as vivências e expectativas de cada pessoa. Porém, para a saúde, a excelência está voltada para a qualificação profissional que trará menor risco para o paciente.⁽⁹⁾

Um fator importante para a melhoria da assistência foi o prontuário eletrônico, no qual se obtêm dados dos pacientes, desde informações pessoais como data de nascimento e endereço, como sua história pregressa de saúde e doença, registros de doenças, cirurgias e exames realizados, uso de medicamentos e protocolos e avaliação diária dos enfermeiros que contribui com a tomada de decisão.⁽¹⁰⁾

A preocupação com a segurança do paciente é um fator imprescindível na dimensão da qualidade do cuidado em saúde, pois quando identificadas as falhas durante o trabalho do enfermeiro pode-se realizar um plano de ação para melhoria, considerando sua presença ininterrupta durante a hospitalização do paciente. Então, objetivou-se analisar as boas práticas assistenciais para segurança do paciente em relação à alergia, sepse, restrição ao leito, broncoaspiração, infecção por meio de dispositivos invasivos e flebite.

Método

Tipo de estudo

Estudo transversal com abordagem quantitativa.

População

O estudo compreendeu 4001 auditorias de prontuários de pacientes de um total de 110 leitos de UTI, entre setembro de 2018 a julho de 2019.

Critérios de seleção

Todos os prontuários eletrônicos que possuíam avaliação diária para segurança do paciente gerenciada por enfermeiros das UTIs.

Local

O estudo foi realizado em um hospital de ensino do interior paulista, constituído por 708 leitos de internação e os de UTI, no momento da coleta de dados eram 110, destinados ao atendimento de média e alta complexidade. A coleta de dados foi realizada em sete UTIs, sendo elas: Geral SUS, Convênio, Neurológica, Oncológica, Emergência clínica e cirúrgica, Pós-Operatório Imediato e Unidade Coronariana, as quais foram denominadas de UTI Amarela,

Laranja, Vermelha, Verde, Azul, Anil e Violeta, não respectivamente, a fim de garantir descrição e sigilo.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em um período de 11 meses, uma vez por semana, com início da coleta em uma segunda feira, seguindo na próxima semana, na terça feira, e assim consecutivamente, realizando-se em todos os sete dias da semana, até a última semana do mês. Também foram alternados os horários de coleta, durante todos os dias da semana (manhã/ tarde/ noite), pois cada unidade tem sua rotina para realização do preenchimento da avaliação, sendo ela diária e válida por um período de 24 horas.

O instrumento de coleta de dados foi embasado no trâmite documental levando em consideração os prontuários, de acordo com a avaliação diária de segurança do paciente, segundo a portaria do Ministério da Saúde e do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) nº 529, de 1 de abril de 2013 e a Resolução da Anvisa nº36, de 25 de julho de 2013, que estabelece a Implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde públicos e privados a partir de protocolos. Neste estudo foi feita avaliação dos seguintes itens:

Alergia – É o registro das condições de alergia do paciente relatadas, possibilitando um cuidado seguro no que diz respeito à administração de medicamentos, realização de exames, cuidados médicos e de enfermagem. Neste estudo, foi checado o preenchimento sobre as alergias do paciente e a descrição das substâncias que causam alguma reação alérgica em campo específico. Verificou-se presença de alergias e se constava na placa de identificação no leito do paciente.

Risco de Sepsis – Consiste em identificar rapidamente a sepsis e promover o tratamento adequado, fundamental para reduzir a alta mortalidade. Neste estudo, foi avaliado se o paciente possuía sinais e sintomas de infecção, se foi admitido na UTI com infecção, quais sinais e sintomas de infecção apresentavam, para iniciar o protocolo de sepsis o mais precoce possível.

Necessidade de restrição ao leito – Deve ser utilizada com a premissa de evitar qualquer tipo de dano ao paciente, a restrição ou qualquer forma de contenção, tendo em vista a prática de segurança do paciente. Neste estudo, foi avaliado o preenchimento do termo de restrição do paciente (APÊNDICE C), e se estava preenchido corretamente em situações em que o paciente encontrava restrito ao leito.

Risco de bronco-aspiração – Consiste em identificar os fatores que classificam o paciente com risco de aspiração e instituir medidas para minimizá-los. Neste estudo, foi avaliado se o

paciente possuía risco de aspiração, se este foi identificado na avaliação diária de segurança do paciente e checado a anotação do diagnóstico de enfermagem na evolução do enfermeiro. Verificar se o paciente possui risco de aspiração se este constava na placa de identificação do leito.

Risco de infecção por meio de dispositivos invasivos – verificar e observar se foi inserido na avaliação de segurança do paciente o tipo de dispositivo, local, data da inserção, aspecto, se o mesmo podia ser removido e a justificativa do uso.

Risco de Flebite – A flebite caracteriza-se por inflamação da veia com sinais e sintomas característicos decorrentes de complicações da punção venosa e tempo de permanência dos cateteres intravenosos periféricos. Ela pode adiar a alta hospitalar, causar septicemia, sendo fundamental a prevenção deste agravo e a identificação precoce. Neste estudo, foi avaliado o preenchimento correto de acordo com os dispositivos em uso no paciente. Verificou-se o risco de flebite e se este foi identificado na avaliação de risco e constava na placa de identificação do leito.

Análise e tratamento dos dados

Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, aplicado o teste U de Mann-Whitney para comparar as conformidades ou não dos protocolos gerenciados por enfermeiros na avaliação diária de segurança do paciente, adotando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Após o teste estatístico de maneira descritiva, foi traçado o perfil da amostra estudada, contemplando as variáveis analisadas e seus desdobramentos. Os dados foram replicados de forma absoluta e relativos nesta primeira parte. No âmbito inferencial, foi traçado como objetivo estatístico, a análise de independência e predição entre as variáveis propostas no escopo do trabalho.

Aspectos éticos

Pesquisa realizada com seres humanos em conformidade com a Resolução 466/12. Aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FAMERP em 14 de junho de 2018. Parecer nº 2.713.068

Resultados

De um total de 4001 auditorias realizadas dos seis itens sobre avaliação diária de segurança do paciente nos prontuários das sete UTIs, de forma geral, constatou-se que a maior taxa de preenchimento correto, ou seja, em conformidade com as boas práticas estabelecidas pela instituição foi o item restrição ao leito com 95,13%, e as não conformidades, o item com maior não conformidade foi o risco de sepse com 12,12%, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Amostra total das análises feitas dos seis itens de segurança: alergia, risco de sepse, restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2020.

Informação	Não se Aplica		Conforme		Não Conforme		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alergia	0	0,00	3594	89,83	407	10,17	4001	100,00
Risco de Sepse	5	0,12	3511	87,75	485	12,12	4001	100,00
Restrição ao Leito	0	0,00	3806	95,13	195	4,87	4001	100,00
Risco de Broncoaspiração	10	0,25	3576	89,38	415	10,37	4001	100,00
Risco de Infecção	6	0,15	3674	91,83	321	8,02	4001	100,00
Risco De Flebite	41	1,02	3578	89,43	382	9,55	4001	100,00

O item restrição ao leito obteve maior conformidade em todas as UTIs, o que pode ser explicado pelo fato de ser uma atividade realizada em número menor de pacientes internados em cada uma das unidades, pois só são restritos aqueles que se encontram agitados, confusos, com risco de retirar dispositivos invasivos ou com risco de queda elevado, de acordo com a escala de Morse. Na maioria das unidades, os pacientes ficam com medicação sedo-analésicas, de acordo com o protocolo de sedação.

A avaliação diária sobre o risco de sepse, como demonstrado na tabela anterior, mostrou-se com resultados inferiores. Sabe-se que exige raciocínio clínico, pois o enfermeiro deve avaliar os sinais vitais do paciente, a queixa, o histórico, e baseado na coleta de informações e o nível de conhecimento de cada profissional, o mesmo identificará o risco de sepse que o paciente apresenta e iniciará as condutas necessárias, então, talvez sendo um dos itens que mais exige tempo e habilidade dos enfermeiros, e, quando há intercorrências, como paradas cardiorrespiratórias ou procedimentos que aumentam a carga de trabalho da equipe, acaba diminuindo a chance da identificação precoce de um quadro de sepse.

A partir da análise geral, foram realizados cruzamentos descritivos e inferenciais de acordo com os itens avaliados, sendo o primeiro deles o cruzamento de cada UTI x alergia. Os valores de N encontrados são referentes às conformidades ou não de cada item, diferente da tabela anterior que demonstrava o total analisado de todas as UTIs. Como apontado na Tabela 1, somente o item alergia foi responsável por 3.594 (89,83%) conformidades e 407(10,17%) não conformidades em todas as UTIs, sendo este o novo valor de N apresentado na próxima Tabela.

A partir deste momento, foram realizados cruzamentos de dados entre todas as UTIs, considerando que cada uma obteve um valor percentual a ser analisado que representa quanto ela apresentou individualmente do preenchimento e execução das boas práticas em relação ao item alergia, dentro da somatória total de conformidades encontradas.

Tabela 2 - Amostra total das análises de conformidades dos seis itens: alergia, risco de sepse, restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2020.

CONFORMIDADES

Uni- dades/ITEM	Alergia		Risco de Sepse		Restrição		Bronco-as- piração		Infecção		Flebite	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UTI Amarela	646	17,98	613	17,46	685	18	620	17,34	685	18,65	633	17,69
UTI Laranja	282	7,85	303	8,63	309	8,12	268	7,49	281	7,65	275	7,69
UTI Vermelha	775	21,56	695	19,79	795	20,88	797	22,29	802	21,83	793	22,16
UTI Verde	715	19,89	735	20,93	794	20,86	688	19,24	729	19,84	735	20,54
UTI Azul	539	15	521	14,84	573	15,06	540	15,1	543	14,78	507	14,17
UTI Anil	312	8,68	306	8,72	325	8,54	345	9,65	319	8,68	338	9,45
UTI Violeta	325	9,04	338	9,63	325	8,54	318	8,89	315	8,57	297	8,3
TOTAL	359								367			
	4	100	3511	100	3806	100	3576	100	4	100	3578	100

De maneira geral, a UTI vermelha mostrou-se com melhores resultados quando comparada às outras unidades, o que pode ser explicado pela clínica dos pacientes internados nesta unidade, sendo eles de média e alta complexidade, ou seja, há uma diferença entre eles, pois alguns são

classificados como cuidado de alta dependência e semicrítico, demandando menor tempo de assistência de enfermagem, menor carga de trabalho da equipe, e conseqüentemente, menor risco para EA.

Tabela 3 - Amostra total das análises de não conformidades dos seis itens: alergia, risco de sepse, restrição ao leito, risco de bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e risco de flebite. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2020.

NÃO CONFORMIDADES												
ITEM	Alergia		Risco de Sepse		Restrição		Broncoaspiração		Infecção		Flebite	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Unidades												
UTI Amarela	71	17,44	99	20,41	32	16,41	87	20,96	26	8,1	84	21,99
UTI Laranja	41	10,07	20	4,12	14	7,18	55	13,25	42	13,08	48	12,57
UTI Vermelha	49	12,04	129	26,6	29	14,87	27	6,51	22	6,85	31	8,12
UTI Verde	100	24,57	80	16,49	21	10,77	127	30,6	86	26,79	80	20,94
UTI Azul	75	18,43	93	19,18	41	21,03	74	17,83	71	22,12	107	28,01
UTI Anil	45	11,06	51	10,52	32	16,41	12	2,89	38	11,84	19	4,97
UTI Violeta	26	6,39	13	2,68	26	13,33	33	7,95	36	11,21	13	3,4
TOTAL	407	100	485	100	195	100	415	100	321	100	382	100

Quanto às não conformidades, a UTI verde foi a que apresentou maior percentual de falhas no preenchimento da avaliação diária de segurança dos seis itens estudados, o que demonstrou uma contradição, pois recebe pacientes da saúde suplementar e particulares, em que são exigidos maior atenção ao preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente, e também um empenho maior por parte dos enfermeiros para evitar as glosas dos prontuários que serão analisados pelo serviço de auditoria interna e posteriormente, pela equipe auditora externa de cada plano de saúde.

Discussão

O cuidado realizado por meio de protocolos de segurança do paciente tem como objetivo garantir uma assistência adequada e alcançar os melhores resultados, levando em conta que uma das etapas para melhorar a segurança do paciente é o desenvolvimento de uma cultura de segurança em toda a instituição.⁽¹¹⁾ Corroborando com o descrito acima, esta pesquisa constatou que o preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros em UTIs

faz parte do processo de sistematização da assistência de acordo com as metas estabelecidas pelo serviço de enfermagem, juntamente com o setor de qualidade e gerência de risco do hospital.

Observou-se que houve diferenças significantes entre as UTIs, sendo que algumas possuem melhor desempenho em relação às demais, o que pode estar relacionado a melhor ou pior resultado na assistência de enfermagem nessas unidades. Considera-se que todas possuem as mesmas condições de trabalho e equipe dimensionada de forma equitativa tanto em quantidade de profissionais como em qualidade. Pode-se inferir que a qualidade e a segurança da assistência de enfermagem se relacionam com a carga de trabalho da equipe e a gestão e liderança dos enfermeiros dessas unidades.

Quanto à carga de trabalho da enfermagem, ela é composta pelo tempo despendido pela equipe para realizar as atividades de sua responsabilidade, que direta ou indiretamente se relacionam ao atendimento do paciente, e que, estas atividades sofrem a interferência do grau de dependência do indivíduo, das complexidades das doenças dos pacientes ali internados, das características da instituição, dos processos de trabalho e do perfil dos profissionais da equipe.⁽¹²⁾

Estudo realizado em um hospital público no interior do Rio de Janeiro, demonstrou que a prevalência de contenção mecânica na UTI é de 93,1%, o que foi congruente com este estudo que apresentou 95,13% de conformidades no preenchimento da avaliação diária sobre a restrição ao leito nas sete UTIs, sendo justificado pelo uso de dispositivos invasivos, principalmente na UTI Violeta, com maior quantidade destes dispositivos para uso no tratamento, manutenção e recuperação dos pacientes em tratamento oncológico.⁽¹³⁾

A equipe de enfermagem deve realizar a restrição ao leito com intuito de proteger o paciente, de acordo com a avaliação do enfermeiro para evitar a retirada brusca de dispositivos que estão sendo utilizados no paciente⁽¹⁴⁾, que vem ao encontro das altas taxas obtidas nesta pesquisa do preenchimento da avaliação diária para segurança na restrição dos pacientes nas sete UTIs.

Em um hospital público do Nordeste, na cidade de Natal, foram avaliadas as principais não conformidades dos registros de enfermagem em prontuários, sendo um dos resultados encontrados a inadequabilidade dos registros em relação à presença de alergias, com 96%⁽¹⁵⁾, contrapondo-se com os resultados desta pesquisa, que mostrou não conformidades no preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente sobre alergia, somente 10,17% de falhas.

Entretanto, a pesquisa realizada em um Hospital universitário da Unidade Federal de Sergipe, que realizou levantamentos de dados de prontuários em evoluções de enfermagem, e

encontrou-se que 78,1% deles constavam o registro sobre alergias e/ou reações adversas a medicamentos⁽¹⁶⁾ sendo correlacionado com esta pesquisa, que apresentou 89,83% dos registros em conformidade com o estabelecido pela instituição, de acordo com os prontuários analisados.

Quando se fala em Sepsis, a utilização de protocolos para demandas específicas é de extrema importância à organização assistencial de saúde, por estabelecer condutas e procedimentos efetivos à otimização do processo de trabalho, presidindo a prática assistencial com o mínimo de variações do tratamento.⁽¹⁷⁾ Pacientes em sepsis ocupam cerca de 10% dos leitos de UTIS, caracterizando a principal causa de óbitos em UTIs não cardiológicas.⁽¹⁸⁾ As novas diretrizes da *Surviving Sepsis Campaign* recomendam a utilização rotineira de dispositivos de triagem de sepsis, salientando que a construção e validação de protocolos específicos com metodologia adequada podem nortear a assistência do enfermeiro para este grupo de pacientes.⁽¹⁹⁾

Em um estudo realizado em um hospital particular em Joinville, foi demonstrado a importância de uso de um sistema eletrônico para avaliação de pacientes que podem apresentar risco de sepsis, para que o diagnóstico seja o mais precoce possível para início da administração de antibióticos.⁽²⁰⁾ Nesta pesquisa, observou-se que o item de conformidade de preenchimento de risco de sepsis foi o que obteve menor taxa de conformidades no preenchimento, destacando a importância de uma melhoria na avaliação dos enfermeiros dessas unidades, quanto a significância da triagem dos possíveis pacientes em risco de sepsis.

A pneumonia hospitalar é uma das maiores causas de morte por infecções adquiridas nos hospitais.⁽²¹⁾ Nos Estados Unidos, é a segunda infecção hospitalar mais encontrada em adultos. No Brasil, ela lidera o quarto lugar referente à causa da hospitalização, sendo os idosos o principal alvo, devido à incidência aumentada de disfagia e refluxo gastroesofágico.⁽²²⁾

Além das doenças neurológicas e da intubação orotraqueal, outros fatores estão associados ao risco de bronco-aspiração, destacando-se ainda o uso de dietas nasoenterais, medicações psiquiátricas e depressoras do sistema nervoso central, cirurgias de cabeça e pescoço, neoplasias, doenças pulmonares e o processo de envelhecimento.⁽²³⁾ Sendo assim, a literatura sugere a sua prevenção e a declaram como a principal meta no cuidado ao paciente com tal risco.⁽²⁴⁾

O gerenciamento de risco em saúde tem sido frequentemente citado e implantado nos complexos hospitalares de maneira a possibilitar diminuição dos EAs a partir de condutas, procedimentos e recursos que detectem, classifiquem e monitorem os riscos inerentes à assistência em saúde.⁽²⁵⁾

No Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, foi analisado o gerenciamento do risco de broncoaspiração nas unidades de clínica médica, cirúrgica e UTI, onde evidenciou-se que as UTIs foram as unidades do hospital que melhor identificaram o risco.⁽²⁶⁾ Quando relacionado com o atual estudo, que mostrou que o item risco de bronco-aspiração foi preenchido de maneira correta em 89,38% das análises realizadas nas sete UTIs, demonstrando a importância da avaliação diária de segurança sobre o risco de sepse.

Sobre as infecções, os avanços tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos e o aparecimento de microrganismos multirresistentes, tornaram as infecções em UTI um problema de saúde pública e um combate constante por parte dos profissionais envolvidos.⁽²⁷⁾

As ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, particularmente em UTIs, incluem a vigilância do perfil microbiológico e de sensibilidade dos microrganismos; o uso racional de antimicrobianos e de procedimentos invasivos, a redução do período de hospitalização, o desempenho consciente e eficiente da equipe de saúde, bem como a conscientização dos usuários quanto aos riscos biológicos, dentre outras condutas.⁽²⁸⁾

A permanência do paciente no ambiente crítico configura-se como grande fator de risco para aquisição de infecções, visto que este sofre grande exposição ambiental, aumento das chances de colonização por microrganismos multirresistentes e infecção cruzada.⁽²⁹⁾ Nesta pesquisa, demonstrou-se que em 91,83% das análises, os enfermeiros conseguiram identificar e preencher de maneira correta, os dispositivos que pudessem levar o paciente a uma situação de risco para infecções, ou seja, a identificação precoce pode aumentar as chances de melhora do paciente.

O conhecimento dos enfermeiros e identificação precoce de fatores de risco para a flebite pode diminuir as complicações. Isso melhora a qualidade do cuidado, índices de satisfação do paciente e, ao mesmo tempo, reduz o tempo de internação hospitalar e o custo total dos cuidados de saúde.⁽³⁰⁾

Em um estudo realizado em três instituições de saúde na Sérvia e na Croácia, avaliou-se a percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco relacionados ao paciente dos potenciais causadores de flebite. A análise mostra que os enfermeiros reconheceram alguns fatores que podem reduzir a incidência de flebite, tais como: boas práticas de punção venosa e documentação adequada.⁽³⁰⁾ Nesta pesquisa, 89,43% das análises do preenchimento correto do risco de flebite gerenciados por enfermeiros em UTIs estavam em conformidade.

A UTI que possui como característica o atendimento de menor complexidade, ou seja, de pacientes classificados como alta dependência e semi-intensivos, portanto, com menor carga de trabalho da equipe de enfermagem foi a que apresentou melhores resultados quanto ao preenchimento da avaliação diária de segurança e a UTI que atende a pacientes da saúde suplementar foi a que apresentou piores resultados.

É importante destacar que quando identificado a necessidade de restrição ao leito, por meio do prontuário eletrônico e do programa específico do serviço de enfermagem, a própria ficha de avaliação que os enfermeiros preenchem mostra um lembrete para preencher o protocolo, sendo assim, há um facilitador para diminuir as não conformidades do preenchimento deste item.

A identificação da sepse precisa ser rápida para que haja manejo das condutas o quanto antes, fazendo com que a chance de sobrevivência de um paciente seja maior. Com os resultados obtidos nesta pesquisa torna-se relevante estabelecer articulações entre as UTIs e outros serviços hospitalares, desencadeando ações de melhoria da assistência por meio do setor de qualidade, gerência de risco e educação permanente, a fim de contribuir para redução do preenchimento da avaliação diária de segurança do paciente em UTIs adulto de um hospital de ensino.

Conclusão

Houve diferenças significantes, tanto na análise geral, envolvendo as sete unidades, como na individual, quanto à avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros, em todos os dias da semana, em relação à alergia, sepse, restrição ao leito, bronco-aspiração, risco de infecção por meio de dispositivos invasivos e flebite.

A restrição ao leito foi a boa prática de maior conformidade em relação às demais e o risco de sepse foi a que apresentou maior não conformidade. A UTI com pacientes considerados de menor complexidade foi a que apresentou melhor resultado e a que possui pacientes de alta complexidade e graves, que atende a várias especialidades médicas, foi a que mostrou pior resultado quanto às boas práticas.

Conclui-se que a avaliação diária de segurança do paciente gerenciada por enfermeiros é uma estratégia para melhorar a assistência de enfermagem, atendendo às metas de qualidade estabelecidas pelo serviço. O impacto deste estudo foi identificar as lacunas de acordo com a realidade de cada setor, propiciando a elaboração de um plano de ação para cada unidade de terapia intensiva

Referências

1. Magalhães AMM, Moura GMSS, Pasin SS, Funcke LB, Pardal BM, Kreling A. Processos de medicação, carga de trabalho e a segurança do paciente em unidades de internação. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2020 Set 18];49(spe.):43-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700007>
2. Machado RC, Gironés P, Souza AR, Moreira RSL, Von Jakitsch CB, Branco JNR. Nursing care protocol for patients with a ventricular assist device. Rev Bras Enferm. 2017;70(2):335-41.
3. Brochado C, Ribas JLC. Estresse da equipe de enfermagem na UTI. Rev Saúde Desenvol. 2018;12(13):44-57.
4. Milagres LM. Gestão de risco para segurança do paciente: o enfermeiro e a notificação dos eventos adversos [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015.
5. Pimenta CAM, Francisco AA, Lopes CT, Nishi FN, Maia FOM, Shimoda GT, et al. Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; 2017.
6. Ribeiro BS, Silva MC. Auditoria de enfermagem e sua importância no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. Refaci. 2017;2(2):1-25.
7. Françolin L, Gabriel CS, Bernardes A, Silva AEBC, Brito MFP, Machado JP. Patient safety management from the perspective of nurses. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(2):275-83.
8. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015;68(1):144-54.
9. Ferreira CISRA. Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade [dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2015.
10. Lima SM, Martins C. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde. Rev Adm Saúde. 2014;16(63):61-6.
11. Inoue Kelly Cristina, Matsuda Laura Misue. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. Acta paul. enferm. [Internet]. Junho de 2010 [citado em 17 de janeiro de 2021]; 23 (3): 379-384. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000300011&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300011>.
12. Souza LMS, Santana RF, Capeletto CSG, Menezes AK, Delvalle R. Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2019 [acesso em 2020 Dez 09];53:e03473. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018007303473>

13. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. Rev Bras Enferm [periódico na Internet]. 2020 [acesso em 2020 Dez 09];73(2):e20180542. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>
14. L.M.C. SANTOS. COMUNICAÇÃO RELACIONADA AO USO DE MEDICAMENTOS EM PRONTUÁRIOS CLÍNICOS. Trabalho de Monografia do curso de Farmácia da Universidade Federal de Sergipe, 2017.
15. Grupo Hospitalar Conceição. Diretrizes clínicas/protocolos assistenciais GEP – GHC: manual operacional. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2008.
16. Peninck PP, Machado RC. Implementation of sepsis algorithm by nurses in the Intensive Care Unit. Rev Rene [periódico na Internet]. 2012 [acesso em 2016 Jul 10];13(1):187-99. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/30
17. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med [periódico na Internet]. 2017 [acesso em 2017 Abr 10];43(3):304-77. DOI: 10.1007/s00134-017-4683-6
18. Borba GS, Kliemann Neto FJ. Gestão hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. Saúde Soc [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2020 Dez 08];17(1):44-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100005>
19. Souza TCR, Lacerda PT. Planejamento estratégico e qualidade: acreditação hospitalar – um estudo de caso no Hospital Vita Volta Redonda. In: V Congresso Nacional de Excelência em Gestão: gestão do conhecimento para a sustentabilidade; 2009; Niterói. Anais. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2009. p. 2-22.
20. Westphal GA, Pereira AB, Fachin SM, Sperotto G, Gonçalves M, Albino L, et al. Um sistema eletrônico de alerta ajuda a reduzir o tempo para diagnóstico de sepse. Rev Bras Ter Intensiva [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 Dez 09];30(4):414-22. DOI: 10.5935/0103-507X.20180059
21. Raghavendran K, Mylotte JM, Scannapieco FA. Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. Periodontol 2000 [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2020 Set 09];44(1):164-77. DOI: 10.1111/j.1600-0757.2006.00206.x.
22. Lanspa MJ, Jones BE, Brown SM, Dean NC. Mortality, morbidity, and disease severity of patients with aspiration pneumonia. J Hosp Med [periódico na Internet]. 2013 [acesso em 2020 Set 28];8(2):83-90. DOI: [10.1002/jhm.1996](https://doi.org/10.1002/jhm.1996)
23. Delegge MH. Aspiration pneumonia: incidence, mortality and at-risk populations. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2002;26(6 Supl):S19-25.

24. Souza AS. Prevalência de pneumonia associada à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva [dissertação]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2012.
25. Lima HO, Dutra ECR. O gerenciamento de riscos na saúde – aplicação na atenção hospitalar. *Rahis* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2020 Set 30];(2):87-90. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v0i5.1114>
26. Carmo LFS, Santos FAA, Mendonça SCB, Araújo BCL. Gerenciamento do risco de broncoaspiração em pacientes com disfagia orofaríngea. *Rev CEFAC* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 Dez 09];20(4):532-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620182045818>
27. Turrini RNT, Santo AH. Nosocomial infection and multiple causes of death. *J Pediatr*. 2002;78(6):485-90.
28. Lima ME, Andrade D, Haas Vanderlei J. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2020 Dez 09];19(3):342-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300013>
29. Marra AR, Camargo LFA, Pignatari ACC, Sukiennik T, Behar PRP, Medeiros EAS. Nosocomial bloodstream infections in Brazilian hospitals: analysis of 2,563 cases from a prospective nationwide surveillance study. *J Clin Microbiol* [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2020 Set 28];49(5):1866-71. DOI: 10.1128/JCM.00376-11
30. Milutinović D, Simin D, Zec D. Fatores de risco para flebite: estudo com questionário sobre a percepção dos enfermeiros. *Rev Latinoam Enferm* [periódico na Internet]. 2015 [acesso em 2020 Dez 10];23(4):677-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0192.26>