

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Daniele Francisca Cardoso

Fernanda Coelho Cardoso

Filipe Prado do Nascimento

**INDICADORES DE QUALIDADE NA ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIA
DE UM HOSPITAL ESCOLA.**

SOROCABA/SP
2013

Daniele Francisca Cardoso
Fernanda Coelho Cardoso
Filipe Prado do Nascimento

**INDICADORES DE QUALIDADE NA ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIA
DE UM HOSPITAL ESCOLA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado como requisito parcial para
obtenção do grau de Enfermeiro.

Orientadora:

Profª Ms. Carmen Lúcia Cipullo Gardenal

SOROCABA/SP

2013

DANIELE FRANCISCA CARDOSO

FERNANDA COELHO CARDOSO

FILIFE PRADO DO NASCIMENTO

**INDICADORES DE QUALIDADE NA ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIA
DE UM HOSPITAL ESCOLA.**

Objetivo: Analisar os resultados de cada indicador de qualidade monitorado no período de janeiro 2012 à fevereiro 2013

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Curso de Enfermagem

BANCA EXAMINADORA:

Ass.: _____
Profª Ms. Carmen Lúcia Cipullo Gardenal/ PUC-SP
Orientadora

Ass.: _____
Profª Drª Lúcia Rondelo Duarte/ PUC-SP

Ass. _____
Profª Drª Janie Maria de Almeida/ PUC-SP

_____/_____/2013

DEDICATÓRIA

Às nossas famílias,
Por sua existência,
Por estarem sempre ao nosso lado,
Pelo respeito e incentivo,
Pela paciência e compreensão ao longo dos meses de pesquisa bibliográfica e
leitura para este trabalho,
Sempre presentes em nossas vidas, em tempos bons e ruins,
Com muito amor e carinho,
Dedicamos este trabalho

Aos nossos amigos,
Pelo respeito e apoio,
E por terem nos acompanhado com paciência,
No decorrer deste curso,
Revelando-se a certeza de que todos os dias,
Ao lado deles, são alegres e reconfortantes,
Dedicamos este trabalho

Ao Hospital Santa Lucinda,
Por ter cedido seu campo,
Pela compreensão e apoio nas pesquisas,
Somos eternamente gratos e,
Dedicamos este trabalho

AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer, em primeiro lugar, a Deus pela vida, paz e tranquilidade em todos os momentos de nossas vidas; pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Aos nossos familiares e amigos que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que chegássemos até esta etapa de nossas vidas.

À Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC/SP, representada pelo Prof. Dr. Godofredo Campos Borges, Diretor da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde.

À professora Mestre Carmen Lúcia Cipullo Gardenal pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho. Do mesmo modo, nossos eternos agradecimentos pela maestria com que ensinou e ensina o conhecimento da enfermagem aos seus alunos.

À professora Doutora Raquel Aparecida de Oliveira, ex-Coordenadora do Curso de Enfermagem, pela sua inteligência e competência, pelo excelente ensinamento e conhecimento que partilhou conosco e com os demais colegas de curso, pelo convívio, pelo apoio, pela compreensão e pela amizade.

À professora Ruth Bernarda Riveros Jeneral, culta, zelosa pela excelência e qualidade do ensino que, de modo alegre, paciente e compreensivo transmitiu o saber da enfermagem, fazendo-a com destreza invejável.

A todos os professores do curso que foram igualmente importantes em nossa vida acadêmica e no desenvolvimento deste trabalho.

Aos amigos e colegas de turma pelo incentivo e apoio constantes, dentro e fora da sala de tutoria.

Às profissionais do Hospital Santa Lucinda, enfermeira Jenifer Lopes do Núcleo de Atenção à Qualidade, Adriana de Souza Botelho com a função de Analista da Qualidade e a enfermeira Vanessa Oliveira Silva Barros Coordenadora das Unidades de internação Adulto, pelo apoio e dedicação nas pesquisas e levantamento de dados.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a obtenção deste título.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

Charles Chaplin

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem quantitativa enfocando indicadores de qualidade da assistência de enfermagem hospitalar. Teve como objetivo geral: Analisar os Indicadores de Qualidade monitorados pelo Núcleo de Atenção à Qualidade - NAQ de um Hospital Escola, no ano de 2012 a fevereiro de 2013 e, como específicos: Revelar a trajetória da implantação dos Indicadores no Serviço de Enfermagem do Hospital-Escola: extravasamento, obstrução de cateter, flebite, tração acidental de sondas/tubos, problemas com medicação, úlcera por pressão, lesão de pele e queda; Descrever a prática de registro diário desses indicadores e seus resultados e tratamento mensal e, Identificar a prevalência dos indicadores comprometidos, com maior ou menor incidência, nesse período. O estudo foi realizado em um Hospital Escola, no município de Sorocaba, sendo notificado o total de 328 eventos relacionados aos indicadores assistenciais. Para a coleta de dados foi construído um Instrumento considerando-se os indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem das Unidades de Internação Geral e UTI (adulto), cujos leitos são destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essa coleta foi realizada nos arquivos do NAQ e abrangeu os indicadores e seus respectivos resultados, por dia e mês/ do ano 2012 e parte de 2013. Os resultados mostraram que os indicadores mais comprometidos foram a lesão de pele, os erros de medicação e a úlcera por pressão. Diante do quadro apresentado espera-se, dos gestores, a contínua aplicação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática a evolução da qualidade dessa assistência, além, da conscientização e maior atenção por parte daqueles que realizam os cuidados.

Descritores: Enfermagem, Assistência, Indicadores de Qualidade.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Indicadores de Qualidade (7) - jan/2012 a fev/2013	18
Gráfico 2: Erros de Medicação - jan/2012 a fev/2013	22
Gráfico 3: Úlcera Por Pressão - jan/2012 a fev/2013.	27
Gráfico 4: Lesão de Pele - jan/2012 a fev/2013	31
Gráfico 5: Tração Acidental - jan/2012 a fev/2013.....	33
Gráfico 6: Extubação Acidental - jan/2012 a fev/2013	35
Gráfico 7: Flebite - jan/2012 a fev/2013.....	38
Gráfico 8: Quedas - jan/2012 a fev/2013.....	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Prevenção de extubação acidental à enfermagem.....	36
Quadro 2: Tempo de permanência relacionado ao cateter venoso periférico <i>in situ</i>	39
Quadro 3: Fatores que favorecem a ocorrência de flebite em terapia intravenosa.....	39
Quadro 4: Escala de Maddox.....	40

Sumário

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo Geral:	13
2.2. Objetivos Específicos:.....	13
3. DESENVOLVIMENTO	14
3.1 A trajetória da implantação dos Indicadores no Serviço de Enfermagem.....	15
3.2 A prática de registro diário dos indicadores e seu tratamento mensal.....	16
3.3 Indicadores Assistenciais.....	17
3.4 A prevalência dos indicadores comprometidos, com maior ou menor incidência, nesse período. Análise dos Resultados.....	19
3.4.1 Indicador: Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem	20
3.4.2 Indicador: Incidência de Úlcera Por Pressão (UPP).....	27
3.4.3 Indicador: Incidência de Lesão de Pele	
3.4.4 Indicador: Incidência de Saída Não Planejada de Sonda	33
3.4.5 Indicador: Incidência de Extubação Acidental	35
3.4.6 Indicador: Incidência de Flebite	34
3.4.7 Indicador: Incidência de Queda de Paciente.....	38
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS.....	52

1. INTRODUÇÃO

A opção pela realização deste trabalho deve-se ao fato “da busca pela qualidade da assistência de enfermagem ser essencial para o trabalho gerencial do enfermeiro na a obtenção de parâmetros, sendo necessário traduzir os conceitos e definições gerais, da melhor maneira, em critérios operacionais e indicadores possibilitando, deste modo, a comparação de dados entre setores da instituição” (COREN-SP, 2010). Para a implantação desta conduta é indispensável se apoderar de referenciais que demonstrem as experiências vivenciadas por outros profissionais.

Para respaldar as atividades, os profissionais devem se embasar na Legislação do Exercício Profissional da Enfermagem. No artigo 8º do Decreto nº 94.406/87, ao enfermeiro incumbe privativamente: “... c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem”.

Tendo em vista o aprimoramento desta qualidade, amplamente discutida entre os profissionais da área da saúde, sobretudo os atuantes na esfera gerencial, torna-se primordial a busca pela experiência de outras instituições de saúde na área de enfermagem, visto que os usuários tornaram-se mais conscientes de seus direitos como cidadão.

A implantação de uma política de melhoria no atendimento torna-se um diferencial técnico e social na busca pelo alcance da qualidade, de forma compartilhada e incorporada como meta pelas pessoas responsáveis em concretizar estes propósitos.

Nesse contexto, faz-se oportuno o conhecimento histórico da implantação de políticas de incentivo à qualidade. O Governo Federal iniciou em 1990, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), a fim de promover o incentivo de ações econômicas e sociais, tendo como foco a qualidade dos serviços. (TRONCHIN, MELLEIRO, MOTTA, 2006, p. 303).

Em 1991, foi implantado o Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ), que através de um modelo de avaliação auxilia empresas, de diversos segmentos da sociedade e, que foi adaptado para ser utilizado na Gestão em Saúde.

O Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), criado em 1991, mantido pela Associação Paulista de Medicina (APM) e Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), tem a finalidade de avaliar a qualidade dos serviços prestados aos usuários dos hospitais do estado de São Paulo. Sua

metodologia de avaliação consiste em monitorar os indicadores institucionais, na auto-avaliação e na realização de visitas aos hospitais participantes, buscando adequar a implementação deste modelo perante as instituições hospitalares.

Seu subgrupo, o Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), vêm desenvolvendo atividades voltadas a para melhoria da Gestão Hospitalar e aprofundamento dos indicadores na área de enfermagem.

De acordo com Garay, “a gestão da qualidade refere-se ao processo ativo de determinar e orientar o caminho a ser percorrido para atingirmos os objetivos empregando todos os recursos contidos na produção de um bem ou de um serviço.” (GARAY, 1997, p. 9).

No setor saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao usuário, um alto grau de satisfação por parte dos clientes, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1981; DONABEDIAN, 1992, p. 357).

O grau de satisfação do cliente está relacionado ao desfecho desejado de saúde. De acordo com o Institute of Medicine (IOM), segurança do paciente está representada como um dos seis componentes, em essência fazendo dela um subconjunto da qualidade. Essas dimensões da qualidade dos sistemas de saúde defendem que essa assistência deve ser segura, efetiva, objetivos centrados no paciente, oportuna, eficiente e deve ter equidade. É difícil mensurar a segurança, em parte porque a identificação de incidentes depende da notificação individual dos profissionais da saúde (WACHTER, 2010, p. 67).

Nos últimos anos, o tema segurança do paciente tem sido o foco dos órgãos fiscalizadores do exercício profissional da Enfermagem. Dentre os pontos relevantes sobre a prática profissional que afetam a segurança do paciente, encontramos um dado significativo, “Em todos os países a enfermagem fornece a maioria dos cuidados à saúde, com mais de 80% das ações em saúde em alguns deles”. (PEDREIRA, 2009, p. 198).

Todos esses referenciais justificam a presença e a atuação de núcleos de qualidade que objetivam avaliar a assistência ao cliente através da mensuração dos indicadores selecionados pelos profissionais de Enfermagem.

Segundo Nogueira (1994, p. 107), a qualidade pode ser traduzida por três elementos subjetivos, mas que se manifesta de modos objetivamente diferentes. São eles:

- A intenção em criar e manter consciência quanto às propriedades dos produtos (bens e serviços) que estão sendo gerados, diminuindo sua variabilidade ao serem adotados determinados padrões ou especificações técnicas;
- A preocupação em satisfazer demandas explícitas dos usuários e necessidades não declaradas, porém previsíveis dos mesmos;
- A orientação para a qualidade envolvendo a gerência, os profissionais e os demais trabalhadores.

A qualidade é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto, organização ou uma combinação destes), que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE – FNQ, 2006, p. 83).

Enfatiza-se o uso de ferramentas como os indicadores, importantes no processo de trabalho dos profissionais de saúde, considerando-se tanto a dimensão qualitativa como a quantitativa para o alcance da qualidade da assistência à saúde.

Seguindo a tendência atual tornou-se indispensável à seleção de indicadores de eficiência, eficácia, e efetividade com base em padrões e critérios preestabelecidos para uma dada realidade.

Segundo JCAHO (1992, p. 79-85),

Conceitua-se indicador como unidade de medida de uma atividade com a qual se está relacionado, ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço.

A Fundação Nacional de Qualidade (2006, p. 81), coloca que os indicadores são, ainda, compreendidos como dados ou informações numéricas que buscam quantificar as entradas (recursos ou insumos), as saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da organização como um todo. Esses são empregados para acompanhar e melhorar os resultados ao longo do tempo e podem ser classificados em: simples (decorrentes de uma única medição) ou compostos; diretos ou indiretos em relação à característica medida; específicos (atividades e processos) ou globais (resultados pretendidos pela organização) e direcionadores – drivers ou resultantes – outcomes.

Segundo D`Innocenzo (2006, p. 86),

“A criação de indicadores é extremamente importante para a avaliação da qualidade, pois, proporciona uma medida e permite o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável.

Os atributos que dão o grau de excelência, a um indicador são a **disponibilidade**: dados de fácil obtenção; **confiabilidade**: dados fidedignos; **validade**: deve ser em função das características do fenômeno que se quer ou necessita medir; **simplicidade**: facilidade de cálculo a partir das informações básicas; **discriminatoriedade**: o poder de refletir diferentes níveis epidemiológicos ou operacionais; **sensibilidade**: o poder de distinguir as variações ocasionais de tendência do problema numa determinada área; **abrangência**: sintetizar o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever; **objetividade**: deve ter um objetivo claro; **baixo custo**: altos custos financeiros inviabilizam sua utilização rotineira; **utilidade**: as informações obtidas devem ser utilizadas para a tomada de decisão de quem coleta ou de quem gerencia o serviço”.

Adami (2000, p. 193), enfatiza que “no âmbito da Enfermagem, sempre existiu uma ação informal para auferir a qualidade da assistência, representada pela preocupação dos enfermeiros em seguir, rigorosamente, os procedimentos executados, acreditando-se com isso, que seriam assegurados os resultados almejados.

Por essa ótica, entende-se, que no Serviço de Enfermagem a gestão da qualidade da assistência volta-se para a prática profissional, fundamentada no corpo do conhecimento da área, nas habilidades, nas crenças e valores individuais, profissionais e institucionais.

Dentre os instrumentos que o Serviço de Enfermagem dispõe para a gestão da qualidade, Adami cita aqueles considerados como internos: a Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, constituída de elementos da equipe multidisciplinar, a Comissão de Auditoria em Enfermagem, a Comissão de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares, a Comissão de Ética em Pesquisa, a Comissão de Educação Permanente, a Comissão de Gerenciamento de Riscos, a Comissão de Avaliação dos Usuários e o externo, como a Acreditação Hospitalar. No âmbito gerencial o emprego de ferramentas de qualidade vem propiciando a identificação de problemas reais e potenciais, favorecendo a implementação de ações efetivas e monitoramento de seus resultados. A área assistencial vêm possibilitando a revisão dos processos utilizados, direcionando-os para a consecução dos padrões de excelência almejados”.

Neste cenário do trabalho gerencial, acredita-se que os indicadores estão, intimamente, relacionados às políticas e metas a serem alcançadas pela avaliação

da qualidade do atendimento prestado. Ressalta-se a relevância do emprego de referenciais teóricos e dessas políticas organizacionais que sustentem tanto a elaboração dos indicadores como a sua aplicabilidade nos contextos assistenciais e gerenciais.

Visto a importância do contexto no uso de indicadores para avaliar a assistência de enfermagem, fez-se oportuno a análise de uma experiência de implantação e dos resultados da avaliação desses indicadores em um Hospital-Escola. O Núcleo de Apoio e Gestão Hospitalar (NAGEH, 2006, p. 10) descreve seis indicadores: incidência de queda de paciente; incidência de extubação acidental; incidência de perda de sonda nasogastroenteral para apoio nutricional; incidência de úlcera por pressão; incidência de não-conformidades relacionada à administração de medicamentos pela enfermagem e incidência de flebite.

Em 2012 (p. 15-37) foi lançada a nova versão do Manual de Indicadores de Enfermagem – NAGEH onde se constata a ampliação desses Indicadores Assistenciais de seis para quinze, oportunizando o gestor da área da Enfermagem a selecionar os indicadores mais pertinentes ao Serviço, assim como, para as áreas, de acordo com as suas especificidades. Portanto, a dimensão da coleta de indicadores poderá ser em Unidades de Internação hospitalar, em Unidades Específicas e nos Ambulatórios.

Os eventos que ocorrem no cotidiano da Enfermagem são frequentes devido a inúmeros fatores, tais como: diversidade e complexidade das atividades, rápidas mudanças na prática da profissão, rotatividade de pessoal, nível de formação dos novos profissionais culminando, muitas vezes, na sobrecarga de trabalho.

Nas últimas décadas, as instituições de saúde, especialmente, as hospitalares, vêm investindo na melhoria cada vez maior da qualidade do atendimento dos seus clientes, tanto interno como externo. As consequências desse investimento são os selos de qualidade e a credibilidade das pessoas por essas instituições de saúde.

O conceito de qualidade e as estratégias para obtê-la vêm se transformando e, gradativamente, incorporando novos parâmetros. Dessa forma, acredita-se que a busca pela qualidade é uma constante nas diferentes formas de produzir bens e serviços. Portanto, é imprescindível considerar o elevado potencial das pessoas e investir na sua capacitação, uma vez que a gestão da qualidade pressupõe um estilo gerencial participativo (TRONCHIN, MELLEIRO, TAKAHASHI, 2010, p. 77).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Analisar os indicadores de qualidade monitorados pelo Núcleo de Atenção à Qualidade (NAQ) de um Hospital Escola, no período de janeiro de 2012 a fevereiro de 2013.

2.2 Objetivos Específicos:

- Revelar a trajetória da implantação dos Indicadores no Serviço de Enfermagem do Hospital-Escola: extravasamento, obstrução de cateter, flebite, tração acidental de sondas/tubos, problemas com medicação, úlcera por pressão, lesão de pele e queda;
- Descrever a prática de registro diário desses indicadores e seus resultados/tratamento mensal;
- Identificar a prevalência dos indicadores comprometidos, com maior ou menor incidência, nesse período.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 .MÉTODO

Para o desenvolvimento deste trabalho optou-se pela pesquisa descritiva exploratória de abordagem quantitativa enfocando indicadores de qualidade da assistência de enfermagem hospitalar.

Foi construído um Instrumento para coleta dos dados referentes à parte documental considerando-se os indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem das Unidades de Internação Geral e UTI (adulto), cujos leitos são destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essa coleta foi realizada nos arquivos do NAQ e abrangeu os indicadores e seus respectivos resultados, por dia e mês/ do ano 2012 e parte de 2013. Os indicadores aplicados na Instituição são: extravasamento, obstrução de cateter, flebite, tração acidental de sondas/tubos, problemas com medicação, úlcera por pressão, lesão de pele e queda.

A trajetória deste trabalho foi buscar os indicadores já aplicados pelo Serviço de Enfermagem e monitorados pelo Núcleo de Atenção à Qualidade (NAQ), descrever a prática desses registros e identificar os focos de maior prevalência de indicadores comprometidos.

3.2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.2.1 A trajetória da implantação dos Indicadores no Serviço de Enfermagem

A implantação do NAQ iniciou-se com a vinda do Programa de Revitalização dos Hospitais Filantrópicos em parceria da CPFL com o CEALAG – Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. O consultor Sr. Wilson Reinhardt iniciou as atividades com o Hospital no ano de 2009 a 2011 com uma Comissão entre os gestores, os quais se reuniam mensalmente com as atividades necessárias, onde foi identificada a necessidade de ter um setor de Qualidade. Nestas reuniões, por intermédio de votação, ficou definido o nome do setor como Núcleo de Atenção à Qualidade (NAQ).

Em pouco menos de um ano, através deste Programa, foi desenvolvido parte dos critérios do roteiro de avaliação (liderança, estratégias e planos, clientes e sociedade, informações e conhecimento, gestão de pessoas, gestão de processos e resultados) com o objetivo de transformar o Hospital em um centro de qualidade hospitalar.

Na primeira avaliação o Hospital conquistou o nível bronze com 47%, na segunda avaliação conquistou mais um estágio, alcançando 70% nesta 2ª avaliação do Programa. O objetivo foi alcançado quando atingiu-se 81% na 3ª avaliação, conquistando o nível OURO de qualidade.

No ano de 2011, a equipe de enfermagem teve também mais uma conquista conseguindo o Prêmio do COREN-SP de Gestão com Qualidade.

Em 2012, no primeiro semestre, houve a visita do Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) para avaliação, mas o Hospital não conseguiu atingir a pontuação necessária para certificação. Hoje há o empenho da Instituição em “conquistar e manter o reconhecimento formal de qualidade de suas atividades”, porque tem como foco “atuar como hospital de ensino e oferecer à comunidade assistência humanizada em saúde, com qualidade”. Para alcançar essas metas o compromisso está expresso na Missão, Visão e Valores divulgados nas paredes do Hospital Santa Lucinda (HSL).

No processo de gestão de qualidade o referido Hospital conta com o Núcleo de Atenção à Qualidade (NAQ), um setor de assessoria da Superintendência. No

artigo 22, § 1º, do Regulamento Interno de Funcionamento do HSL (2009, p. 14), o NAQ “Tem como principal função desenvolver esforços que permitam ao Hospital conquistar e manter o reconhecimento formal de qualidade de suas atividades junto a organismos certificados”.

O Regulamento do NAQ foi elaborado e nele determinado a sua composição: um Coordenador - Analista da Qualidade e um Vice- Coordenador – na qualidade de Enfermeiro. As competências desses profissionais estão descritas nesse instrumento regulador. (Anexo).

A relação do Núcleo com os enfermeiros responsáveis pelas Unidades de Internação é tranquila e a interação ocorre com facilidade na compreensão das atividades necessárias na avaliação e intervenção dos eventos. A comunicação é realizada, muitas vezes, por e-mails e nas reuniões com a equipe.

3.2.2 A prática de registro diário dos indicadores e seu tratamento mensal.

Em relação aos impressos utilizados para coleta dos eventos, até o ano de 2012, utilizava-se um Formulário de Não Conformidade com descrição do tipo de ocorrência, preenchidos manualmente pelos enfermeiros das unidades e entregues ao NAQ, o qual foi substituído pelo Relatório de Notificações.

Na coleta dos dados utiliza-se, atualmente, o programa Excel, enviando via e-mail a planilha mensal com dados relativos a cada área. Para coleta das não conformidades, relacionadas ou não à assistência aos pacientes, utiliza-se um impresso específico, de livre acesso aos funcionários, para notificação voluntária e confidencial, denominado “Relatório de Oportunidade de Melhoria” (ROM). Além das notificações voluntárias os dados, também, são coletados através da busca ativa nos setores assistenciais.

Após a recepção da notificação, estes dados são lançados em planilha Excel, categorizados e analisados, integrando a base de dados da Gerência de Risco para posterior alimentação dos indicadores assistenciais e desenvolvimento de planos de ação.

O tipo de tratamento e análise dos dados dos diversos setores são recebidos pelo NAQ e SAME. O SAME realiza as Estatísticas do HSL e o NAQ coleta os dados e repassa as informações, via site, no banco de Dados do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar. É realizado, também, reuniões bimestrais com apresentação

de dois indicadores por área e uma reunião mensal com chefias e NAQ para análise dos dados da Gerência Administrativa.

Quanto às intervenções nos indicadores comprometidos, estas são realizadas pelos próprios gestores das áreas envolvidas que analisam seus dados e realizam as ações necessárias de imediato.

Para os indicadores assistenciais, está em fase de implantação o acompanhamento mensal dos planos de ação realizados pelos setores com o auxílio da Gerência de Risco, a fim, de aumentar o monitoramento, o controle, a mitigação e/ou minimização do risco da ocorrência de eventos adversos durante a assistência prestada aos pacientes.

Para melhoria da divulgação dos resultados mensais, por unidade, almeja-se um Painel de Bordo, onde seriam divulgados os indicadores estratégicos, que são os resultados dos gestores da organização numa ponte estratégica da instituição para todos terem acesso aos dados, mas atualmente essa divulgação é somente por e-mail e em reuniões bimestrais.

Hoje alguns indicadores possuem suas metas e são acompanhados pelo próprio gestor da área, e em relação aos indicadores assistenciais, as metas estão sendo revisadas de acordo com padrões nacionais e internacionais, acompanhadas através da reunião bimestral de indicadores, contudo esta ação está em fase de adequação para posterior implantação.

3.2.3 Indicadores Assistenciais

De acordo com o NAGEH (2012, p. 3, 15-37), temos os seguintes indicadores assistenciais:

- Indicador: Incidência de queda de Paciente;
- Indicador: Incidência de Extubação não Planejada de Cânula Endotraqueal;
- Indicador: Incidência de Saída Não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral para Aporte Nutricional;
- Indicador: Incidência de Úlcera por Pressão (UPP) – Unidade de Internação Adulto;
- Indicador: Incidência de Úlcera por Pressão (UPP) – Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- Indicador: Incidência de Lesão de Pele;

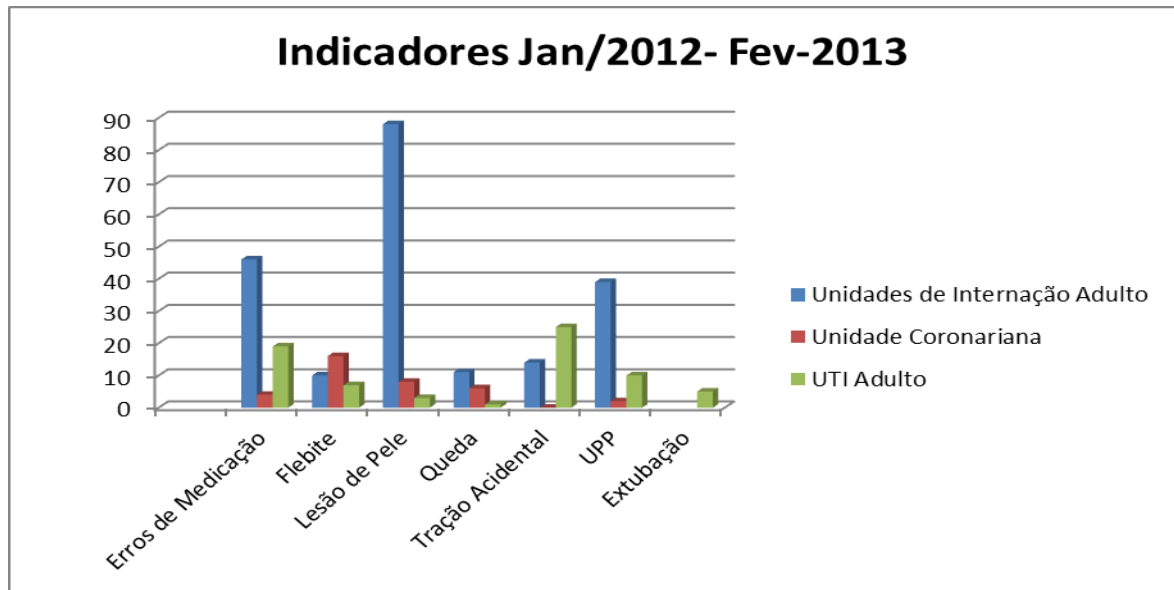
- Indicador: Incidência de Erro de Medicação;
- Indicador: Incidência de Quase Falha Relacionada à Administração ao Processo de Medicação;
- Indicador: Incidência de Flebite;
- Indicador: Incidência de Extravasamento de Contraste
- Indicador: Incidência de Extravasamento de Droga Antineoplásica em Paciente em Atendimento Ambulatorial;
- Indicador: Incidência de Extravasamento de Drogas Antineoplásicas em Pacientes Internados;
- Indicador: Incidência de Perda de Cateter Central de Inserção Periférica;
- Indicador: Incidência de Perda de Cateter Venoso Central
- Indicador: Incidência de Instrumentais Cirúrgicos com Sujidade.

No levantamento de dados os indicadores constantes no impresso da instituição foram: Extravasamento, Obstrução de cateter, Flebite, Tração Acidental (sondas, drenos ou cateteres), Problemas com medicação, Úlcera Por Pressão (lesão com necrose celular) e Lesão de pele (hematomas, escoriações, bolhas, etc...).

As Unidades Internação Adulto, analisadas, estão localizadas nos andares 3º Leste e Oeste, 2º Oeste e 1º Leste, totalizando 79 leitos, Unidade Coronariana com 16 leitos e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com 10 leitos. Durante o levantamento de dados encontrou-se dificuldades como a ausência de marcação de eventos, em alguns meses, durante o ano de 2012.

Os eventos foram agrupados da seguinte forma:

Gráfico 1



3.2.4 A prevalência dos indicadores comprometidos, com maior ou menor incidência, nesse período. Análise dos Resultados.

“O indicador de qualidade de enfermagem deve ser mensurável, claro, objetivo e útil, favorecendo a geração de melhorias. A elaboração desses indicadores, pelos serviços de enfermagem, requer a busca de eixos condutores que apontem para a necessidade de se considerar as políticas assistenciais, educacionais e gerenciais em saúde, a missão e a estrutura organizacional, os programas e as propostas de trabalho das instituições nos recursos humanos, materiais, financeiros e físicos disponíveis e as expectativas da clientela atendida”. (GABRIEL, 2011, p. 09).

Segundo Inoue (2011, p. 460), apesar do rápido desenvolvimento tecnológico e científico em todas as áreas do conhecimento, na área da saúde em especial, se observa que muitas decisões tomadas no ambiente hospitalar ainda se pautam na ocorrência e não na prevenção de eventos adversos. Ações desse tipo, certamente, interferem na segurança do paciente, na atuação da equipe e na qualidade da assistência.

Eventos adversos são ocorrências indesejáveis e evitáveis, de natureza iatrogênica, que comprometem a segurança do paciente que se encontra sob os cuidados dos profissionais de saúde durante o período de internação hospitalar. Nos levantamentos realizados, os indicadores assistenciais com maior comprometimentos foram: os erros de medicação, úlceras por pressão em acamados e quedas.

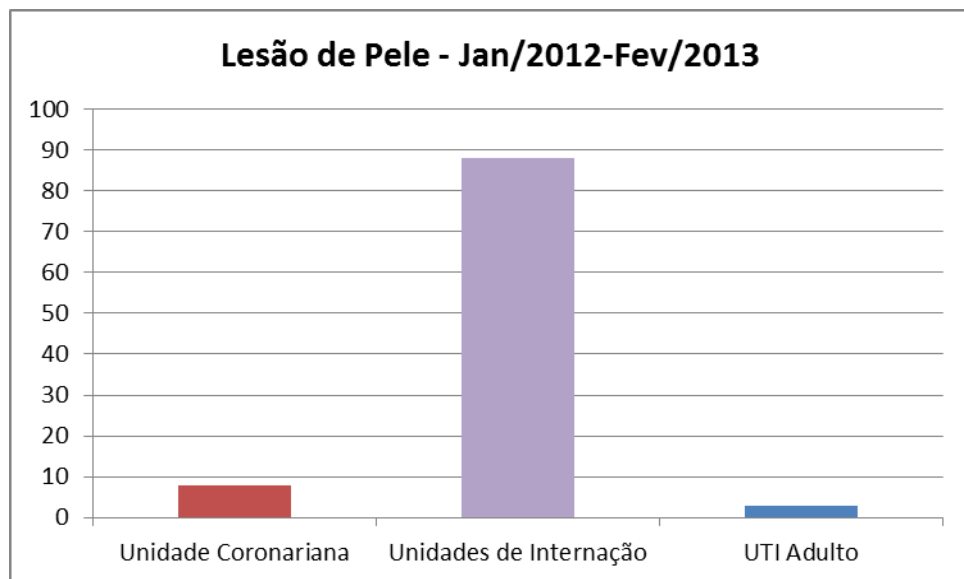
3.2.4.1 Indicador: Incidência de Lesão de Pele

Segundo Fontenele:

a lesão de pele é um dano, prejuízo, ato ou efeito de lesar, designação geral que se dá a todas as alterações patológicas dos órgãos ou tecidos; pancada; contusão, podendo ser fechada sem solução de continuidade, ou aberta com solução de continuidade.(FONTENELE, 2011,p. 132).

Durante a pesquisa, notificou-se durante o ano de 2012 e os 2 primeiros meses de 2013 o total de 99 casos de lesão de pele, entre as unidades, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 4



Desde o momento de sua admissão até o momento de sua alta hospitalar, o paciente é submetido a uma série de manuseios, utilizando dispositivos de apoio à vida, para isto sendo necessária a aplicação de cuidados como: instalação de cateteres, punções capilares, venosas e arteriais, sondagens, colocação de dispositivos adesivos, utilização de sensores, colocação de eletrodos, realização de higiene corporal, troca de curativos, mudança de decúbito, dentre outras, devendo todas estas situações vir a serem fatores agravantes no que se refere ao surgimento de lesões, devido à sua frequência repetitiva, no transcorrer da hospitalização.

Segundo Fontenele (2011, p. 132):

A pele é o manto de revestimento do organismo, indispensável à vida, que isola os componentes orgânicos do meio externo. Constitui-se em complexa estrutura de tecidos de várias naturezas, dispostos e inter-relacionados de modo a adequar-se, de maneira harmônica ao desempenho de suas funções. Apresenta grandes variações ao longo de sua extensão de acordo com os seguimentos corpóreos, sendo ora mais flexível e elástica, ora mais

rígida; com pregas, alterações articulares e musculares, orifícios pilossebáceos e orifícios sudoríparos.

Constitui-se de três camadas de tecido: *epiderme*: a camada mais externa, que vive em constante regeneração, composta de queratinócitos, merckel, langerhans e monócitos. *Derme*: segunda camada tissular, localizada imediatamente abaixo da epiderme, composta de denso estroma fibro-elástico, onde se encontram estruturas vasculares nervosas, órgãos anexiais, glândulas sebáceas, sudoríparos e folículos pilosos. *Hipoderme*: camada mais profunda da pele, situada logo abaixo da derme reticular, de espessura variável, composta exclusivamente de células adipócitas, colágeno e vasos sanguíneos mais calibrosos que os da derme.

Devido a suas propriedades químicas, físicas e biológicas das várias estruturas dérmicas, a pele como membrana envolvente e isolante, desempenha importantes funções: proteção, proteção imunológica, percepção, hemorregulação, termorregulação, secreção, metabolização e social.

Conhecer a microbiota da pele, identificar os tipos de alterações da integridade da pele, conhecer as indicações e os mecanismos de ação das principais coberturas (papaína, hidrocolóide, hidrogel, alginato de cálcio, membranas ou filmes semipermeáveis, Ácidos Graxos Essenciais), avaliar a lesão, as características e indicar a cobertura apropriada, realizar ações necessárias para cuidados com as lesões observadas, dentre outras, são conhecimentos imprescindíveis para o enfermeiro desde o início de sua formação.

Nesse contexto, torna-se um desafio para a equipe, cuidar de lesões dérmicas, necessitando de um cuidado eficiente, de uma prática embasada na literatura científica com teor aprofundado sobre a pele, além de conhecer o aspecto fisiológico, tornando-se conteúdos indispensáveis para o planejamento de uma assistência de excelência.

Podemos dividir os eventos notificados pelos enfermeiros nos seguintes grupos: Lesão importada de outra instituição e/ou outro setor e, relacionada a procedimentos.

Considera-se lesão de pele os hematomas, edemas e inclusive hiperemias. Procedimentos simples praticados pela equipe de enfermagem como uma punção de acesso venoso periférico sem sucesso pode levar à ocorrência de lesões de pele, gerando indicadores de qualidade negativos para o setor.

- Rede capilar fragilizada e pele friável;

Devido ao perfil de pacientes internados na Instituição, sendo em grande número idosos e nefropatas, e com patologias de base, encontra-se uma certa pré-disposição à ocorrência de lesões de pele, pela fragilidade tegumentar e capilar característica da senescência.

Nesse quesito, com o levantamento de dados, as lesões de pele entram como **1ª maior incidência** de ocorrências:

- Na UTI-Adulto foram registrados 3 casos, dentre os 9 indicadores num total de (10 leitos);
- Na Unidade Coronariana foram registrados 8 casos, dentre os 6 indicadores num total de (16 leitos);
- Na Unidade de Internação Adulto foram registrados 88 casos, dentre os 6 indicadores num total de (79 leitos).

3.2.4.2 Indicador: Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem

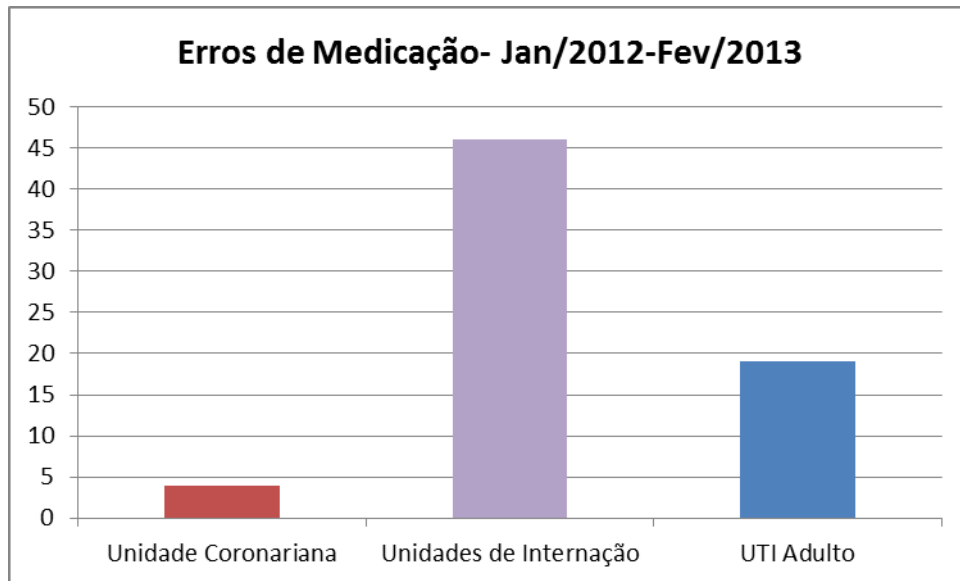
O COREN/SP (2011, p. 07), define erro de medicação como um evento evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não causar danos ao paciente.

Enfoca, também, que poucos profissionais têm a exata consciência da importância de que seus atos, por mais simples que sejam, por mais rotineiros que possam parecer, podem significar a exata diferença entre a vida e a morte, entre a causa de um dano e sua prevenção.

São muitos os fatores capazes de causar incidentes ético-profissionais, sejam relacionados à formação profissional, às condições de trabalho, à sobrecarga operacional ou à ausência de situações essenciais ao bom exercício profissional. Entretanto, nenhum desses fatores, ou todos associados, podem justificar o erro profissional.

Durante a pesquisa, notificou-se durante 2012 e os 2 primeiros meses de 2013, o total de 69 casos de erros de medicação, entre as unidades estudadas, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 2



Nesse quesito, com o levantamento de dados, os erros de medicação entram como **2ª maior incidência** de ocorrências:

- Na UTI-Adulto foram registrados 19 casos, dentre os 9 indicadores num total de (10 leitos);
- Na Unidade Coronariana foram registrados 4 casos, dentre os 6 indicadores num total de (16 leitos);
- Na Unidade de Internação Adulto foram registrados 46 casos, dentre os 6 indicadores num total de (79 leitos).

Na UTI Adulto o indicador Tração Acidental, é subdividido em tracionamento acidental por cateter venoso central (CVC), tracionamento acidental por sonda nasoenteral (SNE) e por cateter venoso periférico (CVP).

De acordo com as notificações feitas pelos enfermeiros, podemos dividi-las em três grupos: relacionado ao serviço de farmácia, à área médica e Enfermagem.

Serviço de Farmácia: houve ocorrências de dispensação inadequada de medicamentos pela farmácia, o que pode gerar erros pela equipe de enfermagem relacionados ao atraso e administração incorreta do medicamento, causando danos de natureza leve à grave, e colocando em risco a vida do paciente. Quanto à ausência do medicamento (produto) no serviço, este pode prejudicar o tratamento do paciente, gerando maior tempo de internação e gastos para a instituição. Sendo assim, estas ocorrências não podem ser motivo para o erro.

Serviço Médico: há casos de erros de prescrição médica, possivelmente pelo fator ilegibilidade, ausência da forma de diluição, dose, apresentação do medicamento, via de administração e frequência, cabendo à enfermagem observar atentamente a prescrição, não praticando o ato inseguro e assim assegurando uma assistência de qualidade livre de erros ao paciente e prejuízos ao próprio colaborador e à instituição.

Serviço de Enfermagem: foram verificados casos de imprudência, como a administração do medicamento por via diferente da prescrita e a desatenção quanto à prescrição e horário, podendo prejudicar a integridade e trazer danos ao paciente, além, de consequências como: reações adversas e prejuízos reversíveis ou irreversíveis à vida deste. Considerando a desatenção como maior índice de ocorrências, a negligência ao seguir protocolos estabelecidos pela instituição e, também, à valorização da quantidade e não qualidade do evento. Destaca-se também que a desatenção possa estar relacionada ao cansaço, sono, e sobrecarga de trabalho, e desencantamento por parte dos profissionais, devendo, portanto, ser um tema trabalhado de forma contínua, elaborando trabalhos de reorientação e estímulo do profissional.

De acordo com o referencial do COREN-SP (2011, p. 08-30) em cada tipo de erro de medicação são encontrados os seguintes fatores:

Erro de prescrição: Escolha incorreta do medicamento (erro na indicação, contraindicação, alergias conhecidas, dentre outros); Prescrição incorreta da dose do medicamento; Prescrição incorreta da via de administração do medicamento; Prescrição incorreta da velocidade de infusão do medicamento; Prescrição incorreta da forma de apresentação do medicamento; Prescrição ilegível e incompleta.

Erro de dispensação: Considera-se erro de dispensação a distribuição incorreta do medicamento prescrito ao paciente.

Erro de omissão: Não administração de um medicamento prescrito para o paciente; Ausência de registro da execução da medicação;

Erro de horário: Considera-se erro de horário a administração do medicamento fora do intervalo de tempo estabelecido pela instituição, conforme o aprazamento da prescrição (geralmente se considera hora certa se o atraso não ultrapassa meia hora, para mais ou para menos).

Erro de administração não autorizada de medicamento: Administração de medicamento não prescrito; Administração de medicamento ao paciente errado

(troca de paciente); Administração de medicamento errado; Administração de medicamento não autorizado pelo médico; Utilização de prescrição desatualizada.

Erro de dose: Administração de uma dose maior ou menor que a prescrita; Administração de uma dose extra do medicamento; Administração de dose duplicada do medicamento.

Erro de apresentação: Considera-se erro de apresentação a administração de um medicamento em apresentação diferente da prescrita.

Erro de preparo: Medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração (reconstituição ou diluição incorreta, associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis); armazenamento inadequado do medicamento; falha na técnica de assepsia; identificação incorreta do fármaco; Escolha inapropriada dos acessórios de infusão.

Erro de administração: Falha na técnica de assepsia; Falha na técnica de administração do medicamento; Administração do medicamento por via diferente da prescrita; Administração do medicamento em local errado; Administração do medicamento em velocidade de infusão incorreta; Associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis; Falha nos equipamentos ou problemas com acessórios de terapia de infusão; Administração de medicamento prescrito incorretamente;

Erros com medicamentos deteriorados: Administração de medicamento com data de validade expirada; Administração de medicamento com integridade física ou química comprometida.

Erro de monitoração: falha em rever um esquema prescrito para devida adequação ou detecção de problemas; Falha em monitorar dados clínicos e laboratoriais antes, durante e após a administração de um medicamento, para avaliar a resposta à terapia prescrita.

Erro em razão da não aderência do paciente e família: Considera-se erro em razão da não aderência do paciente e família o comportamento inadequado do paciente ou cuidador quanto à sua participação na proposta terapêutica.

Outros erros de medicação: Outros erros de medicação podem ser identificados na prática de enfermagem, durante a realização da terapia medicamentosa.

Carvalho (2002, p. 524), diz que “os medicamentos administrados erroneamente podem afetar os pacientes, e suas conseqüências podem causar

prejuízos/danos, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até a morte do paciente, dependendo da gravidade da ocorrência”.

A administração de medicamentos é uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem e para sua execução é necessária a aplicação de vários princípios científicos que fundamentam a ação e intervenção do enfermeiro, de forma a prover a segurança do paciente.

Nesse contexto, pesquisas revelam que os erros na medicação representam uma triste realidade no trabalho dos profissionais de saúde, com sérias conseqüências para pacientes e para a organização hospitalar, repercutindo negativamente nos resultados institucionais face aos indicadores relevantes da qualidade da assistência prestada aos pacientes hospitalizados (SILVA, 2007, p. 713).

O sistema em que se desenvolve a medicação é complexo, no qual atuam médicos, equipes de farmácia e de enfermagem, que executam funções interdependentes. Dessa forma, uma falha em um dos processos, inclusive no de comunicação, poderá interferir no conjunto de atividades desenvolvidas trazendo transtornos tanto à equipe como ao paciente e configurar-se em uma das causas de erros de medicação.

Uma das exigências para uma assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo as equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta.

A comunicação é um processo no qual ocorre a emissão, recepção e a compreensão das mensagens, que podem ser verbais (linguagens escrita e falada) e não-verbais. A comunicação envolve relações interpessoais e, frequentemente, podem ocorrer problemas, dificuldades e restrições, de maneira que a mensagem enviada não é decodificada corretamente.

Os problemas de comunicação que podem gerar atos inseguros pertencem a três categorias: falha no sistema em que o canal de comunicação não existe, não está funcionando ou não é regularmente utilizado; fracasso na emissão das mensagens, quando o canal de comunicação existe, mas a informação não é transmitida; falha na recepção, quando o canal de comunicação existe, a mensagem foi enviada de maneira correta, mas o receptor a interpretou de forma equivocada ou com atraso.

Assim, o sistema de medicação das instituições de saúde requer um processo de comunicação eficaz, estruturado de maneira a promover condições que auxiliem os profissionais na prevenção dos erros, para assegurar que o tratamento medicamentoso seja cumprido de forma segura. (SILVA, 2007, p. 273).

Portanto, é imprescindível que todos os profissionais da enfermagem tenham uma visão generalista de todo processo envolvido no quesito medicação e que assim possam garantir a segurança do paciente e a qualidade dos processos, o qual está se responsabilizando, e que continue aprimorando seus conhecimentos e contribuindo para que a terapêutica medicamentosa seja feita de forma eficiente, responsável e segura.

Silva (2007, p. 274), na verificação do problema de comunicação como possível causa de erros de medicação, revelou que no processo de dispensação e distribuição de medicamentos, como observado em nossa pesquisa, houve existência de problemas de comunicação entre as equipes de farmácia, de enfermagem e de médicos quanto à existência ou não de medicamentos no hospital ou nas unidades. Em relação ao processo de preparo e de administração de medicamentos, também, constatou problemas com a desatenção do profissional de enfermagem e no processo de prescrição de medicamentos pelo médico.

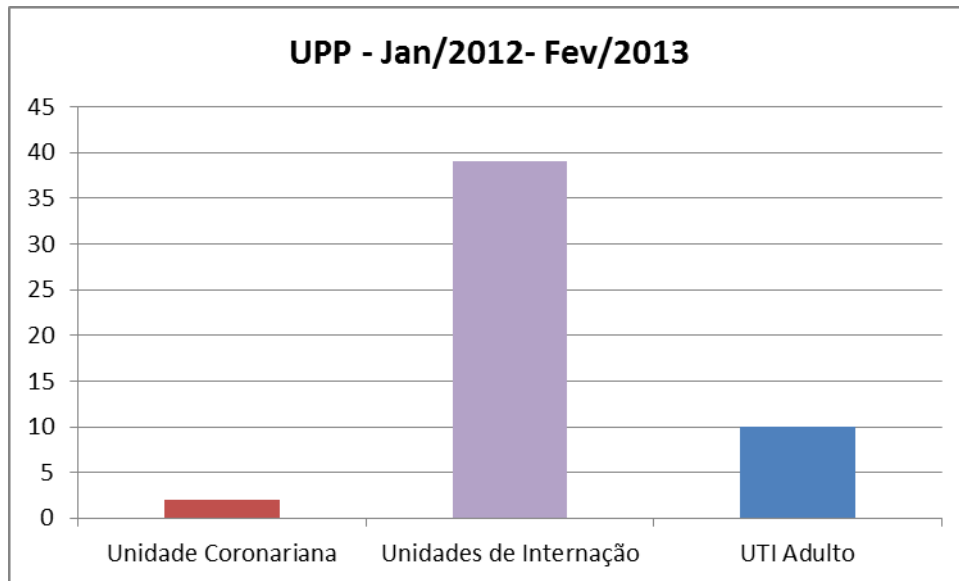
3.2.4.3 Indicador: Incidência de Úlcera Por Pressão (UPP)

Nesse quesito, com o levantamento de dados, as UPPs, entram como **3ª maior incidência** de ocorrências:

- Na UTI-Adulto foram registrados 10 casos, dentre os 9 indicadores num total de (10 leitos);
- Na Unidade Coronariana foram registrados 2 casos, dentre os 6 indicadores num total de (16 leitos);
- Na Unidade de Internação Adulto foram registrados casos 39, dentre os 6 indicadores num total de (79 leitos).

Durante a pesquisa, notificou-se durante 2012 e os dois primeiros meses de 2013, o total de 51 casos de UPP, entre as unidades, conforme dados abaixo:

Gráfico 3



Segundo Martins (2008, p. 84), a Úlcera de Por Pressão (UPP) pode ser definida como “uma área localizada de necrose celular que tende a se desenvolver quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo”. São causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente. A pressão, o cisalhamento, a fricção e a umidade em um paciente acamado, são fatores extrínsecos que podem levar ao aparecimento destas lesões.

A pressão é considerada o principal fator causador desse tipo de lesão, sendo que o efeito patológico no tecido pode ser atribuído à intensidade da pressão, duração da mesma e tolerância tecidual.

Segundo Martins (2008, p. 86), “dentre os fatores intrínsecos, destacam-se a idade, o estado nutricional, a perfusão tecidual, o uso de alguns medicamentos e as doenças crônicas como o diabetes mellitus e doenças cardiovasculares”.

Martins (2008, p. 86) ainda nos traz que,

“o tratamento das diversas lesões, quando aplicados, deve ser prescrito pelo Enfermeiro, preferencialmente pelo especialista na área. Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem devem realizar o procedimento de curativo: limpeza, cobertura, desbridamento autolítico e químico, prescrito e supervisionado pelo Enfermeiro”.

Machado (2009, p. 58) diz que:

“para a prevenção e tratamentos das UPP compete ao enfermeiro avaliar a condição total da pele, pelo menos duas vezes ao dia; inspecionando cada sítio de pressão quanto à presença de eritema, calor, umidade, rupturas e odor; rever exames laboratoriais; registrar os problemas de saúde e medicamentos atuais. Essa avaliação pode ser realizada através da escala

de Braden, possibilitando maior resolutividade nas ações de prevenção. Deve-se comunicar ao nutricionista/nutrólogo, as alterações relacionadas ao estado nutricional do cliente. A maioria das UPPs são preveníveis. Portanto, o que deve ser realizado pela equipe multiprofissional envolvida são cuidados adequados a cada cliente, orientações, educação em saúde, e disponibilidade dos recursos necessários para uma boa assistência”.

Já Souza (2010, p. 471) relata que,

“para o eficaz gerenciamento relacionado tanto às práticas curativas quanto preventivas das UP, é necessário que o enfermeiro mantenha-se constantemente vinculado às bases científicas do cuidado, à pesquisa, consciente da sua relevância para a prática”.

De acordo com Anselmi (2009, p. 258),

“a úlcera por pressão, tanto em pacientes que recebem cuidados no domicílio como aqueles internados em instituições hospitalares, ainda se constitui em problema importante no processo de atenção à saúde e de enfermagem por afetar a qualidade de vida, aumentar o tempo de internação, em média 7 dias, com elevação de custos”.

“Segundo o documento *Safe Practices for Better Healthcare: a Consensus Report do National Quality Forum de 2003, a avaliação do risco* de um dado paciente desenvolver uma UP, na admissão e no período de internação, inclui-se entre as 30 práticas seguras a serem aplicadas universalmente na atenção à saúde.

A ocorrência de UPP em pacientes internados resulta da interação de múltiplos fatores relativos ao paciente, ao ambiente e aos processos assistenciais. Entre os determinantes críticos para o aparecimento de UPP, tem-se a intensidade e a duração prolongada de pressão sobre os tecidos e a tolerância da pele e das estruturas adjacentes para suportá-la. Estes aspectos estão relacionados: à mobilidade do paciente, entendida como a capacidade em mudar, manter ou sustentar determinadas posições corporais; à habilidade em remover qualquer pressão em áreas da pele/corpo promovendo a circulação; e, à percepção sensorial que implica no nível de consciência e reflete a capacidade do indivíduo em perceber estímulos dolorosos ou desconforto e reagir efetuando mudanças de posição ou solicitando auxílio para realizá-las.

Para identificação dos fatores de risco são aplicadas escalas de avaliação de risco testadas e validadas, entre elas a de Norton e Waterlow e a de Braden.

Entre as ações de enfermagem, consideradas medidas preventivas para o desenvolvimento de UPP, têm-se: a mobilização e o (re)posicionamento adequado do paciente; os cuidados com a pele por meio de uso de técnicas apropriadas de higiene, utilização de creme hidratante; a indicação e o monitoramento das condições nutricionais e ingestão hídrica, entre outros.

Estudos apontam que em terapia intensiva, a incidência de UPP apresenta variação de 1% a 56%; enquanto em instituições com atendimento a pacientes agudos, hospitais gerais e unidades cirúrgicas, a incidência varia de 2% a 29,5%.

No Brasil, estudos em unidade de terapia intensiva estimaram incidências de UPP de 10,62% a 62,5%. Em clínica médica, a incidência estimada foi de 42,6% e em unidades cirúrgicas de 39,5%.

A literatura internacional mostra que a introdução de protocolos de prevenção de UPP e de programas educativos diminui sua incidência. Em hospital de longa permanência, após intervenção educativa a incidência foi reduzida de 23% para 5% e em unidade de ortopedia, de 55% para 29%”.

Conforme Sousa (2006, p. 280-281) torna-se necessário qualificar os profissionais de enfermagem com o saber que, neste caso específico, é sua

instrumentalização com recursos que os capacitem para predizer se o cliente corre o risco de desenvolver uma UPP, a importância da utilização de escala preditiva, tal como Braden no cuidar de enfermagem, pois esta equivale a uma sistematização do atendimento ao cliente haja vista incluir o diagnóstico, em termos de UPP, intervenção de enfermagem através das recomendações e avaliação dos resultados do cuidado implementado.

Ressalta-se que, com a utilização dessa escala por um profissional devidamente capacitado, é possível avaliar o indivíduo hospitalizado diagnosticando as situações de: estado nutricional, nível de mobilidade, percepção sensorial, fricção, cisalhamento, umidade e grau de atividade física. Entretanto, somente a capacitação profissional para aplicar a referida escala e a descoberta do risco de acometimento de UPP no cliente são insuficientes para responder se estas ações interferem efetivamente no seu estado de higiene física e, conseqüentemente, evidencia a validade desse cuidado de enfermagem.

Portanto, cabe à enfermagem identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de UPP nos clientes e planejar ações de caráter preventivo, a fim de melhorar a qualidade da assistência que lhes é devida.

De acordo com Sousa (2006, p. 280-281), a **Escala Preditiva de Braden** se define como:

Com a intenção de colaborar na prevenção de UPPs, dando subsídios para que os enfermeiros pudessem mais objetivamente indicar quais os pacientes que correm risco para desenvolvê-las, vários pesquisadores elaboraram escalas, para predizer o risco para sua formação. Entre as mais citadas está a de Braden.

No Brasil a escala de Braden foi validada para língua portuguesa sendo adaptada e testada sua validade de predição em 34 clientes de UTI, obtendo níveis de sensibilidade, especificidade e validade de predição positiva e negativa. De acordo com essa escala são avaliados seis fatores de risco (sub escalas), no cliente, que são: **1- Percepção sensorial**, referente à capacidade do cliente reagir significativamente ao desconforto relacionado à pressão. **2- Umidade**: refere-se ao nível em que a pele é exposta à umidade. **3- Atividade**: avalia o grau de atividade física. **4-, Mobilidade**: refere-se à capacidade do cliente em mudar e controlar a posição de seu corpo. **5-, Nutrição**: retrata o padrão usual de consumo alimentar do cliente. **6- Fricção e Cisalhamento**: retrata a dependência do cliente para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratatura e agitação que podem levar à constante fricção.

Das seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão- percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão- umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. As cinco primeiras subescalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta subescala, fricção e cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. A somatória total fica entre os valores de 6 a 23. A contagem de pontos baixa, na escala de Braden, indica uma

baixa habilidade funcional, estando, portanto, o paciente em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão.

Segundo Ayello (2002, p. 06),

ao fim da avaliação do cliente pelo enfermeiro, chega-se a uma pontuação, que nos diz que: maior que 19 pontos (sem risco), 15 a 18 pontos (baixo risco), 13 a 14 pontos(risco moderado), 10 a 12 pontos (alto risco), menor que 9 pontos (risco muito alto).

Pereira (2011, p. 117) atenta que:

“é indiscutível que o enfermeiro é um profissional primordial na execução de medidas preventivas. Este possui ações determinantes na prevenção de UPP e segundo alguns autores citados por Medeiros et al(2009) suas rotinas incluem:

- Avaliação do grau de risco com individualização da assistência, como a confecção de um protocolo para a prevenção da úlcera por pressão;
- Utilização de escalas de avaliação do grau de risco, como por exemplo, a escala de Braden adaptada para a língua portuguesa, e outras como as de Norton e Waterlow;
- Quadro demonstrativo enfatizando as áreas suscetíveis à úlcera por pressão;
- Providenciar um colchão de poliuretano (colchão de caixa de ovo) para o paciente, especialmente pacientes em cadeiras de rodas ou acamados;
- Identificar os fatores de risco e direcionar o tratamento preventivo, modificando os cuidados conforme os fatores individuais;
- Mobilização e mudança de posição de duas em duas horas, bem como realizar massagem de conforto com emulsão;
- Proteger saliências ósseas, principalmente calcâneas, com rolos e travesseiros;
- Registro das alterações da pele do paciente seguindo os estágios de classificação das úlceras por pressão proposto pela NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) em 1989;
- Tratamento precoce da pele: manter e melhorar a tolerância tecidual à pressão, afim de prevenir a lesão;
- Checar as áreas vulneráveis da pele de todos os pacientes de risco e otimizar o estado dessa pele, através da hidratação com cremes à base de ácidos graxos essenciais, tratar a incontinência, evitar o uso de água muito quente, providenciar suporte nutricional;
- Monitorar e documentar intervenções e resultados obtidos;
- Implementar medidas de suporte mecânico: proteger/evitar complicações adversas de forças mecânicas externas;
- Criar e fornecer um programa de ensino para pacientes de risco em longo prazo e para as pessoas que tomam conta deles”.

Assim, Moreira (2009, p. 87) ressalta que,

“durante um bom tempo se pensou ser de responsabilidade exclusiva da enfermagem o surgimento de UPP em pacientes internados. A própria Florence Nightingale sustentava esse discurso. Todavia, hoje, inseridos no discurso do movimento coletivo da promoção da saúde, e , alicerçados em diversas pesquisas, verifica-se que a prevalência de UPP é um indicador chave da qualidade do tratamento oferecido por um hospital. Atualmente, a percepção vigente é de que todos os profissionais de saúde precisam se envolver na prevenção das UPPs.

Conhecer e entender o que são as UPPs, suas causas e os fatores de risco para o seu desenvolvimento, permite a toda equipe de saúde implementar ações efetivas de prevenção e tratamento. Quando não é possível prevenir

a ocorrência de lesões agudas ou sua cronificação, torna-se fundamental o conhecimento relativo às intervenções que aceleram o processo de cicatrização, reduzem riscos e as complicações, minimizam o sofrimento e melhoram o custo-benefício do tratamento.

Por fim, deve-se sempre ressaltar que o trabalho multiprofissional desenvolvido em prol do portador de lesão cutânea desempenha uma função abrangente que é cura do cliente, assim, muito mais do que o saber é indispensável motivação para trabalhar em equipe na perspectiva de promover a saúde dos acometidos com feridas e prevenir a ascensão de novos casos”.

As principais causas notificadas pelos enfermeiros na pesquisa podem ser divididas nos seguintes grupos:

- Pacientes já admitidos com UPP e UPPs importadas de outra Instituição, e de outros setores;
- Paciente acamado e com mobilidade física prejudicada.

Considerando o perfil cirúrgico da Instituição Hospitalar pesquisada, onde a taxa de permanência é relativamente baixa (em torno de 48 horas), cerca de 41% dentre os casos, são de pacientes já admitidos com UPP, seja vindo de casa, de outra instituição e /ou de outros setores.

Portanto, não são UPPs adquiridas durante a permanência nesta Instituição, porém, sendo notificada como tal.

Nas Unidades de Internação Adulto, com maior índice de UPPs, encontram-se pacientes idosos, acamados, devido fraturas (fêmur e bacia, mais comum), não raramente, nefropatas, desnutridos, com sistema tegumentar fragilizado e comprometido por doenças de base, levando-os a uma pré-disposição a desenvolvê-las, gerando altos índices de ocorrências.

- Falta de mudança no decúbito;

Apesar de ter ocorrido somente um caso relacionado à falta de mudança de decúbito pela equipe de enfermagem, a defesa destes profissionais deve ser respaldada nos seus registros diários, e na detecção precoce no ato da admissão, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem, cabendo a eles a realização e cumprimento deste instrumento. Pode-se apontar também, a deficiência no dimensionamento de pessoal pelas equipes de gestão, levando à deficiência na execução dos protocolos assistenciais estabelecidos pela instituição.

Assim, comparamos estes déficits com o relatado por Souza, em seus estudos clínicos sobre úlcera por pressão, onde observou que a preocupação acerca dessa temática é de ampla magnitude e envolve tanto recursos materiais quanto

humanos em seus aspectos de prevenção, tratamento e aprimoramento de tecnologias de cuidado de enfermagem. (SOUZA, 2010, p. 472).

3.2.4.4 Indicador: Incidência de Saída Não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral para Aporte Nutricional

De acordo com NAGEH (2012, p.19), a saída de sonda poderá ser caracterizada pela:

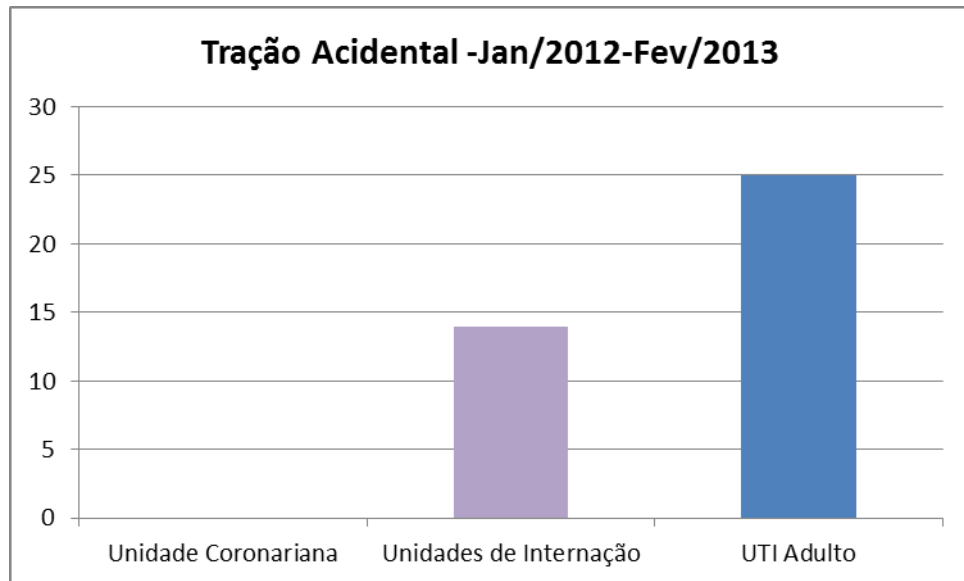
- Retirada da sonda pelo próprio paciente ou acompanhante,
- Retirada da sonda não planejada por ocasião de manipulação ou transporte;
- Saída não planejada em situações clínicas(náuseas, vômitos e tosse), excluir sonda aberta e outras finalidades que não aporte nutricional;
- Obstrução e problemas relacionados ao material (rompimento, perfuração, deterioração do material, entre outro).

Segundo Menezes (2007, p. 03),

“para evitar a saída da sonda, a mesma deve ser fixada à pele com uma fita adesiva hipoalergênica ou esparadrapo, para evitar que seja retirada acidentalmente ou que se desloque para fora do estômago ou intestino. Esta fixação deve ser trocada quando estiver suja ou solta: retire a fixação antiga, limpe o nariz com água e sabão, seque bem, sem friccionar, fixe a sonda, sem passar na frente dos olhos ou da boca. A sonda não deve ficar dobrada, nem puxar a narina. Em caso de vermelhidão ou machucado na pele, fixar a sonda em outro local.

A sonda pode ser obstruída facilmente, impossibilitando a administração da dieta por esta via. Para evitar este problema: injetar, com uma seringa, 40 ml de água filtrada, fervida e fria na sonda, antes e após a administração da dieta ou de medicamento; observar os cuidados com a administração de medicamentos; em casos de obstrução, injetar lentamente 20 ml de água filtrada, fervida e morna ou refrigerante tipo cola. Atenção: a sonda pode se romper, caso a pressão para injetar água for muito forte”.

Gráfico 4



Nesse quesito, com o levantamento de dados, a tração acidental entra como **4ª maior incidência** de ocorrências:

- Na UTI-Adulto foram registrados 39 casos, dentre os 9 indicadores num total de (10 leitos);
- Na Unidade Coronariana foram registrados 0 casos, dentre os 6 indicadores num total de (16 leitos);
- Na Unidade de Internação Adulto foram registrados 14 casos, dentre os 6 indicadores num total de (79 leitos).

Durante 2012 e nos dois primeiros meses de 2013, foram notificados ao NAQ, 39 casos de tração acidental, sendo entre estes, drenos, sondas ou cateteres e devido, principalmente, a sacada acidental e agitação psicomotora.

Nestes casos podemos considerar a falta de cuidado para preservação dos dispositivos e a desatenção por parte dos pacientes (com bom nível de consciência), seja pela simples não aceitação ou outros fatores como confusão mental e efeitos colaterais de terapia medicamentosa, utilizada durante sua permanência na instituição.

Além disso, deve-se trabalhar para trazer a participação dos familiares e cuidadores em todo processo do cuidado, esclarecendo dúvidas dos mesmos e trazendo novos conhecimentos para que ofereçam um cuidar mais humanizado e qualificado ao paciente, em comparação com Menezes (2007, p. 04), que utilizou de

oficinas educativas para abordar o tema de forma simples e objetiva, atingindo resultados positivos através desta adesão.

- Desatenção da equipe;
- Fixação inadequada.

A equipe de enfermagem deve estar alinhada no cumprimento de protocolos implementados pela instituição e ter ciência do impacto destes na diminuição de eventos adversos durante a assistência prestada ao paciente, além de ter competência para identificar alterações nos dispositivos utilizados pelo mesmo.

3.2.4.5 Indicador: Incidência de Flebite

Segundo Domingues (2012, p. 70),

“a cateterização em veias periféricas é o procedimento amplamente utilizado atualmente nos hospitais em geral, devido a facilidade de manuseio e ausência de procedimento cirúrgico para a inserção e manutenção.

Para a prática de punção venosa periférica, é imprescindível a competência técnico-científica da equipe de enfermagem, sendo responsabilidade do enfermeiro selecionar e determinar o local apropriado para a punção venosa, o tipo de cateter e a proficiência da técnica de venoclise”.

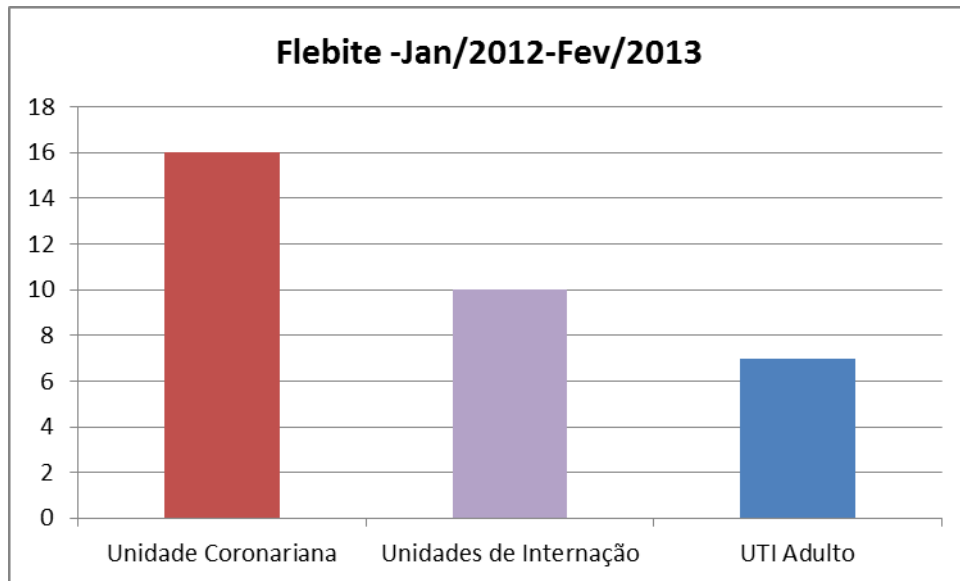
A flebite consiste num processo inflamatório que ocorre na parede das veias, associado ao eritema, com ou sem presença de dor local, edema, endurecimento do vaso e/ ou formação de cordão fibroso palpável, com ou sem drenagem purulenta (FERREIRA, 2007, p. 30).

Oliveira (2004, p. 157) define,

“flebite como a inflamação de uma veia, devido à irritação química ou mecânica. A incidência de flebite aumenta conforme o período de tempo em que a linha endovenosa é mantida no local, conforme a composição do líquido ou medicamento (especialmente seu pH e tonicidade)”.

Durante a pesquisa, notificou-se o total de 33 casos de flebite, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 5



Nesse quesito, com o levantamento de dados, a flebite entra como **5ª maior incidência** de ocorrências:

- Na UTI-Adulto foram registrados 7 casos, dentre os 9 indicadores num total de (10 leitos);
- Na Unidade Coronariana foram registrados 16 casos, dentre os 6 indicadores num total de (16 leitos);
- Na Unidade de Internação Adulto foram registrados 10 casos, dentre os 6 indicadores num total de (79 leitos).

A não observância, dos cuidados relacionados à cateterização venosa, contribui para o comprometimento deste indicador. Os quadros abaixo reforçam a necessidade de seguir os protocolos assistenciais relacionados ao procedimento, tais como: tempo de permanência, materiais, cuidados com a pele, troca da fixação do dispositivo, técnica de inserção, dentre outros.

Quadro 1: Tempo de permanência relacionado ao cateter venoso periférico *in situ*.

Autores	Tempo de permanência
GONÇALVES, 1998	Os cateteres do tipo scalp e/ou jelco, foram mantidos pérvios por um período de até 72 horas.
PEREIRA, 2002	Da totalidade pesquisada, observou-se que o tempo de permanência em 43% das inserções foi menor que 24 horas, 36% de 24 a 48 horas, 11% de 48 a 72 horas e 10% mais que 72 horas.

ROBAZZI, 1984	O tempo de permanência variou de 5,27 a 7,36 dias.
FERREIRA, 2002	O tempo de permanência não deve exceder mais que 72 horas.
PEREIRA, 2000	O tempo de permanência foi de 24 a 72 horas.
NASCIMENTO, 2000	O tempo de permanência foi de 24 a 72 horas.

Fonte: (DOMINGUES, 2012, p. 74).

Quadro 2: Fatores que favorecem a ocorrência de flebite em terapia intravenosa.

Autores	Complicações
PHILLIPS, 2001	Material, tamanho e calibre do cateter, frequência das trocas de curativos; habilidade do profissional na inserção.
NASCIMENTO, 2000	Antissepsia no local da punção, fixação do dispositivo, habilidade do profissional na inserção.
PEREIRA, 2000	Calibre do dispositivo, anti-sepsia no local da punção.
ROBAZZI, 1984	Troca de curativo no local da inserção do dispositivo.
CARDOSO, 2006	Antissepsia no local da punção.
FERREIRA, 2002	Técnica de inserção, calibre, tamanho, comprimento e material do cateter, estado do doente, condições da veia, tipo e pH da medicação ou solução, filtração inadequada, técnica de fixação.
SMELTZER, 2012	A incidência de flebite aumenta conforme o período de tempo e que a linha endovenosa é mantida no local, conforme a composição do líquido ou medicamento infundido, tamanho da cânula e local de inserção, filtração ineficaz, fixação imprópria da linha e introdução de microorganismos no momento da inserção.

Fonte: (DOMINGUES, 2012, p. 75).

Para a identificação precoce, recomenda-se a inspeção do local da inserção do cateter e a evolução de sinais flogísticos, a cada 6 horas, aplicando a Escala de Classificação de Flebite; retirando o acesso venoso periférico imediatamente após a detecção de grau 1. Uma das referências recomendadas para essa avaliação encontra-se a Escala de Maddox.

Alves relata que o monitoramento da terapia intravenosa a pacientes internados é importantíssimo para a garantia de uma assistência de enfermagem adequada e eficaz. Esse monitoramento viabiliza toda a administração de

medicação, hemocomponentes, ou outros fluidos, tais como dietas parenterais ou soroterapia.

A terapia intravenosa tem as seguintes finalidades: retirada de amostras de sangue, introdução de medicamentos, monitorização da PVC, transfusão de sangue e derivados, hidratação e correção de distúrbios eletrolíticos, introdução de nutrientes, introdução de contraste e drenagem de líquidos.

Para esse monitoramento, utilizamos a escala de Maddox para todas as punções venosas periféricas realizadas até a sua retirada.

O acompanhamento do acesso venoso periférico permite prevenirmos flebite e, na ocorrência da mesma, avaliar suas causas.

Abaixo segue a escala de Maddox e a avaliação dos graus de flebite para acompanhamento diário:

Quadro 3: Escala de Maddox.

Intensidade	Sinais e Sintomas
0	<ul style="list-style-type: none"> • Sem queixas de desconforto, • Sem hiperemia, • Ausência de dor ao toque e infusão.
1+	<ul style="list-style-type: none"> • Dor local, eritema ou edema, • Sem endurecimento, • Cordão fibroso não palpável.
2+	<ul style="list-style-type: none"> • Dor no ou edema local, eritema, • Formação de endurecimento, • Cordão fibroso não palpável no trajeto da veia.
3+	<ul style="list-style-type: none"> • Dor no ou edema local, eritema, • Formação de endurecimento, • Cordão fibroso palpável no trajeto da veia.

Fonte: (ALVES, 2009).

As notificações feitas pelos enfermeiros das unidades foram registradas, dentro dos principais tópicos:

- Rede venosa fragilizada;

Devido a altas taxas de internação de pacientes com idade avançada, já com doenças de base estabelecidas, temos o favorecimento da fragilização da rede venosa decorrente de múltiplas punções, antibioticoterapia por tempo prolongado, dentre outros.

Os profissionais devem estar vigilantes e dar importância aos protocolos e à detecção precoce de complicações decorrentes da presença de dispositivos intravasculares nestes pacientes com rede venosa fragilizada e levar em conta o tempo de permanência do cateter realizando a lavagem do mesmo (flushing), com o objetivo de promover a manutenção da sua permeabilidade e prevenir complicações.

- Terapia medicamentosa utilizada.

Estudos revelam que a terapia medicamentosa, com o uso de antibióticos, aumenta substancialmente o risco de flebites quando comparados com outros tipos de medicação. Também leva-se em conta a frequência com que são administrados os fármacos, pois quanto maior a frequência maior a probabilidade de provocar as flebites.

3.2.4.6 Indicador: Incidência de Queda de Paciente

Segundo Sehested (1977, p. 160), “queda é uma mudança súbita e inesperada na posição em que o mecanismo estático e de fixação do corpo falha e, a resposta voluntária ou reflexa para corrigir este desequilíbrio é inadequada”.

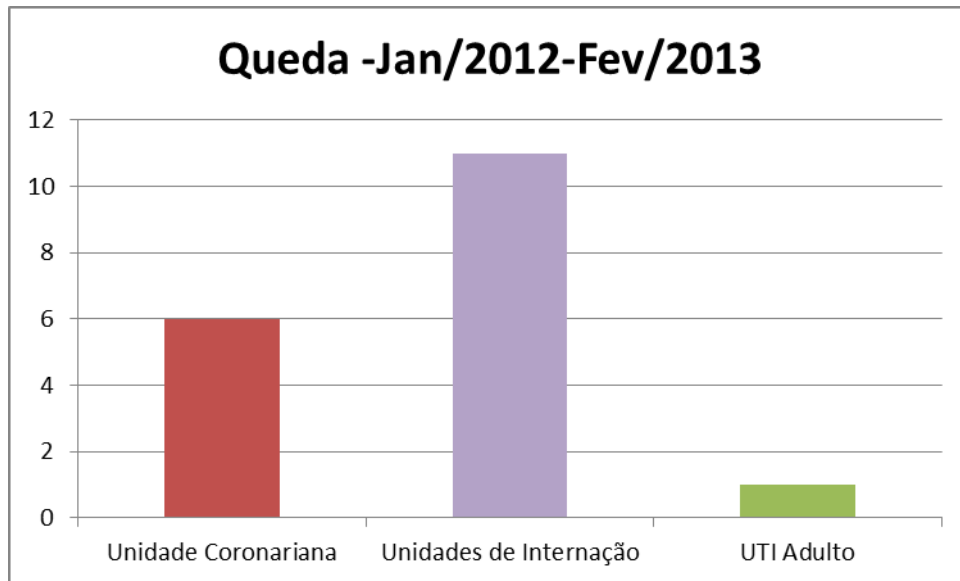
As ocorrências de quedas em pacientes hospitalizados incorporam um indicador fundamental para a avaliação da qualidade da assistência de um determinado serviço.

Nesse quesito, o levantamento de dados indica a queda como **6ª maior incidência** de ocorrências:

- Na UTI-Adulto foram registrados 1 caso, dentre os 9 indicadores num total de (10 leitos);
- Na Unidade Coronariana foram registrados 6 casos, dentre os 6 indicadores num total de (16 leitos);
- Na Unidade de Internação Adulto foram registrados 11 casos, dentre os 6 indicadores num total de (79 leitos).

Durante a pesquisa, notificou-se o total de 18 casos de queda, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 6



Está evidenciada a maior incidência nas Unidades de Internação geral, provavelmente, porque são unidades que recebem pacientes de cuidados mínimos e intermediários, pacientes idosos, disposição dos leitos e cuja vigilância não é constante como ocorre na UTI e Unidade Coronariana.

Inoue (2011, p. 460) diz que:

“as quedas de pacientes hospitalizados decorrem de causas multifatoriais, tanto intrínsecas quanto extrínsecas o que inclui, comumente, a instabilidade para a caminhada; alteração do estado mental; incontinência urinária e/ou fecal; uso de drogas psicoativas; história prévia de queda e falta de segurança do ambiente. Sobre os fatores de risco para o paciente, relacionados ao ambiente, merece destaque a presença de cama com grades abaixadas; cama sem grades; cama alta (que requer escada); além de campainha fora do seu alcance.

Ressalta-se que a queda pode ser consequência de ato de negligência e/ou imprudência da equipe de enfermagem, durante à assistência ao paciente, e como qualquer outro evento adverso ser enquadrado nas responsabilidades éticas e legais, seguindo seu Código de Ética.

Dentre as estratégias de prevenção para queda do leito dos pacientes, sugerem-se: realização de orientação e supervisão constante do paciente e familiar/acompanhante sobre como e quando levantar-se da cama e caminhar; manutenção da campainha e luz de cabeceira de fácil acesso; cama em disposição baixa e/ou com escada e; existência de travas nas rodas das camas e demais mobiliários do quarto.

Uma medida importante de prevenção que pode ser adotada, se refere à implementação de um programa interdisciplinar, em que o enfermeiro junto aos demais profissionais de saúde, adotem atribuições específicas voltadas à identificação de situações com vistas às intervenções preventivas de quedas em geral, inclusive do leito, de pacientes no ambiente hospitalar”.

Almeida (2010, p. 164) enfatiza que:

“as quedas são os eventos adversos mais freqüentes nos hospitais, e podem trazer consequências físicas, psicológicas e sociais. A ocorrência de quedas em pacientes hospitalizados podem trazer graves consequências,

como ocasionar ferimentos e seqüelas, resultando no prolongamento do tempo de internação, aumentando o custo do tratamento, causando desconforto ao paciente, e conseqüente responsabilização dos profissionais envolvidos neste evento, bem como da instituição.

No sentido de evitar quedas, os profissionais de enfermagem devem ser capazes de identificar corretamente os doentes com maior risco de vir a cair durante a internação, e desta forma fazer um correto planejamento das medidas preventivas necessárias, pois algumas quedas em doentes hospitalizados são claramente previsíveis e evitáveis”.

Saraiva, agrupou estes eventos em **Quedas Ocasionais** – associadas a fatores extrínsecos (condicionantes do meio envolvente e da própria situação); **Intermitentes** – relacionadas com alguma doença aguda ou distúrbio passageiro do aparelho circulatório; **Recidivantes** - quando se repetem duas ou mais vezes no prazo de seis meses, associadas a doentes com estados de saúde débeis, mas sem explicação clínica completa para as quedas; e **Casos de Risco** – englobam os indivíduos com elevado risco de queda, embora não tenham sofrido qualquer acidente.

A queda deve ser “minuciosamente avaliada e os fatores de risco a ela associados devem ser devidamente explorados a fim de se criarem estratégias educacionais e preventivas para a manutenção da independência e saúde física do indivíduo”.(SARAIVA, 2008, p. 168)

Assim, quando discutimos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, vemos que a queda do paciente consiste em um dos principais indicadores de resultado e que estudos e mais discussões precisam ser estimulados e desenvolvidos, pois, o conhecimento sobre o risco para queda do leito em hospitais proporcionado por fatores como a falta de grades laterais, pode subsidiar ações de melhorias que previnem danos e prejuízos aos usuários, trabalhadores e à sociedade.

Os casos notificados de queda do paciente ocorreram, principalmente, por duas razões: Queda da própria altura e durante o banho.

Na maior parte dos casos, vemos os idosos como principais vítimas de quedas como as encontradas nas notificações.

Ao considerar a realidade dos hospitais e o aumento da expectativa de vida da população brasileira, reconhece-se que a queda entre os idosos é um problema comum. Sabe-se que o envelhecimento é caracterizado pelo declínio da força motora e redução gradual do movimento, resultando em instabilidade postural. Além disso, o avanço da idade pode favorecer a diminuição da acuidade visual, a deterioração cognitiva, o aparecimento de distúrbios neurológicos como a doença de

Alzheimer e necessidade de uso de medicamentos que aumentam os riscos de queda. Duas podem ser mencionadas: maca não fixada corretamente e levantar sem auxílio da enfermagem.

Nesse contexto, vemos que há maior necessidade de adequações na assistência de enfermagem com relação à falta de atenção em procedimentos comuns à profissão e no que diz respeito à orientação dos pacientes e familiares em sua estadia na instituição, contribuindo para diminuição dos riscos de queda.

Ressalta-se também que todo evento ocorrido por conta de desatenção do profissional de enfermagem, pode trazer consequências não só para o paciente, mas também, para si mesmo, como verificado na pesquisa de Decesaro e Padilha (2002, p. 161) onde ao final de seu estudo sobre iatrogenia, obteve o índice de 36,7% de consequências para o profissional, sendo a advertência verbal e/ou escrita predominante, mas também traumas físicos e emocionais.

3.2.4.7 Indicador: Incidência de Extubação Acidental

Castellões(2007, p. 106-107) menciona que:

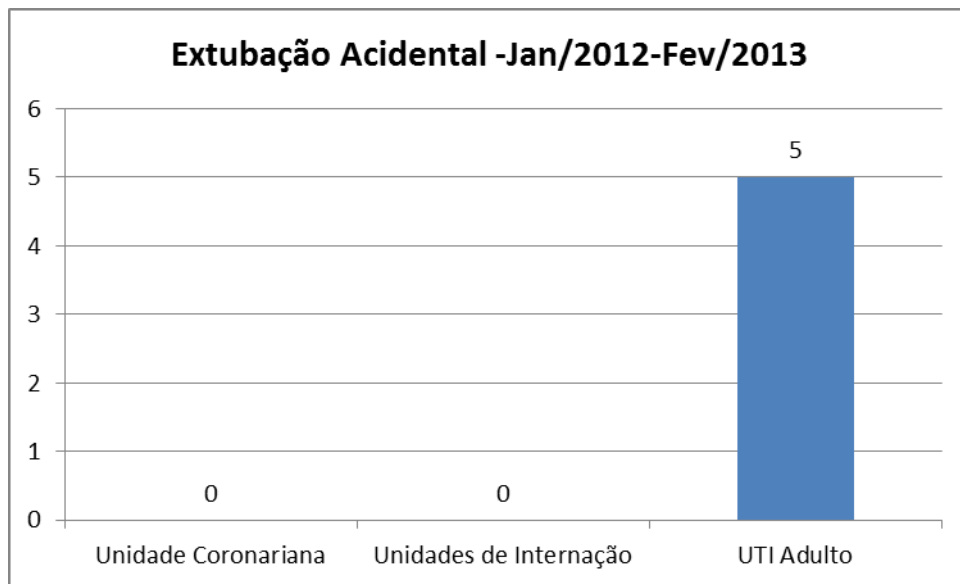
a extubação acidental é a retirada não planejada do dispositivo ventilatório. Ela pode ocorrer tanto pelo manejo do paciente pela equipe de saúde transporte, mudança de decúbito, banho no leito, entre outros) , como também pela auto- extubação, ou seja, quando o próprio paciente retira o dispositivo ventilatório; por sedação inadequada, agitação neurológica, grande desconforto respiratório, enfim, várias podem ser as causas. Entendem-se por dispositivo ventilatório o tubo traqueal introduzido por via oral, anasal, ou traqueal, que ultrapassando as vias aéreas superiores, permite desobstruir, proteger contra aspirações, retirar secreções, e facilitar a instituição de métodos de ventilação. A extubação acidental, é entendida como um evento adverso do cuidado, que quando ocorre, ocasiona aumento da morbidade e mortalidade, e , estando relacionada ao cuidado de enfermagem, exige reflexão sobre as causas que levaram à sua ocorrência.

Segundo Castellões(2009, p. 541):

Quando uma extubação acidental ocorre, há consequência ao paciente em diversos aspectos: torna-se necessário a reintubação, há aumento do tempo de ventilação mecânica, que gera maior tempo de internação e, conseqüentemente, aumento o risco de hipóxia, atelectasia e pneumonia associada a ventilação mecânica, lesão em traquéia, instabilidade hemodinâmica, parada cardíaca e as vezes até a morte.

Durante a pesquisa, notificou-se durante o ano de 2012 e os 2 primeiros meses de 2013 o total de 5 casos de extubação acidental, somente na UTI-Adulto, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 7



Nesse quesito, após o levantamento de dados, a extubação acidental entrou como **7ª maior incidência** de ocorrências:

- Na UTI-Adulto foram registrados 5 casos, num total de (10 leitos).

A extubação acidental é considerada como indicador somente da UTI-Adulto.

Atualmente, existem instrumentos que podem ser utilizados como ferramenta para contribuir com o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, nos cuidados com pacientes críticos, possibilitando uma assistência segura e qualificada.

Sendo assim, a tabela abaixo demonstra uma das ferramentas utilizadas neste processo:

Quadro 4- Prevenção de extubação acidental à enfermagem

Momento do cuidado associado à extubação.	Ações de enfermagem preventivas da extubação.
Transporte do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Certificar-se da sedação e analgesia pré-transporte. • Reduzir ao máximo o número de bombas infusoras. • Checar fixação e posição do dispositivo ventilatório, adaptando ao leito o respirador de transporte e o cilindro de oxigênio.
Mudança de decúbito	<ul style="list-style-type: none"> • Checar a fixação do dispositivo ventilatório. • Soltar o circuito do respirador do suporte.

	<ul style="list-style-type: none"> • Abaixar a cabeceira da cama. • Apoiar as traqueias do respirador. • Elevar o paciente no leito, manter os olhos no dispositivo ventilatório. • Lateralizar à 30°, mantendo a cabeça apoiada. • Elevar a cabeceira da cama. • Fixar o circuito no suporte do ventilador com folga.
Banho no leito	<ul style="list-style-type: none"> • Checar a fixação e estabilidade do dispositivo ventilatório. • Manter o tubo apoiado, por uns dos membros da equipe. • Aproximar o paciente do respirador. • Elevar a cabeça para lavar e enxaguar a nuca e a parte posterior. • Elevar a cabeça e apoiando toalha seca após o enxague. • Mobilizar o dispositivo ventilatório para higiene oral. • Mudar o paciente em decúbito lateral em que se encontra o ventilador para higiene do dorso e glúteos.
Troca de fixação	<ul style="list-style-type: none"> • Checar nível de sedação. • Manter o guia do balonete lateralizado e visível. • Retirar o fixador antigo. • Manter uma das mãos no tubo endotraqueal. • Inspeccionar a cavidade oral. • Passar solução desengordurante. • Fixar respeitando posicionamento centralizado e a numeração na comissura labial.

Fonte: (CASTELLÕES, 2007, p. 109).

Os principais motivos apontados nas notificações foram: agitação do paciente e associação aos cuidados de enfermagem.

O cuidado de enfermagem deve gerar segurança ao paciente, e este e sua família devem sentir confiança na equipe, que precisa ser efetiva na contribuição para a sua evolução, prevenindo suas complicações, reduzindo o tempo e também o custo pessoal e familiar de uma internação.

A capacitação e o foco na segurança do paciente devem ser trabalhados pelos enfermeiros e equipe para que cada vez mais a ocorrência de eventos indesejáveis decorrentes do cuidado de enfermagem e que afetam o paciente e a sua evolução, sejam reconhecidos e corrigidos.

CONCLUSÃO

A vasta literatura disponibilizada para os profissionais de Enfermagem, nos últimos anos, subsidia e alerta para um investimento cada vez mais intensivo à segurança daquelas pessoas que procuram os serviços de saúde.

É recomendável introduzir a fala de Florence Nightingale (1859) que há mais de um século profetizava, “talvez pareça estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”. (Pedreira, 2009, p. 24)

A oportunidade de escolher este tema e correlacionar com a experiência viva aplicada pelo Serviço de Enfermagem do HSL foi um diferencial e um acréscimo significativo na formação profissional dos pesquisadores. A teoria é fundamental, mas, quando é possível relacionar com a prática profissional ela se torna rica e convincente.

Nos dias atuais as profissões para serem reconhecidas e valorizadas têm que demonstrar resultados. Não basta dizer que a Enfermagem é uma profissão legalmente reconhecida, com um Código de Ética próprio, com pesquisas e larga produção científica e que apresenta, desde 1973, os Conselhos de Enfermagem que fiscalizam o exercício profissional. Enfim, uma profissão regulamentada e consolidada. A comunidade espera um atendimento de qualidade dos serviços de saúde e, dentro desse contexto, encontramos a Enfermagem fornecendo, em todos os países, a maioria dos cuidados à saúde, com mais de 80% das ações em saúde em alguns deles, conforme afirma Pedreira (COREN-SP, 2009, p. 25).

Dentre os instrumentos aplicados para avaliar a qualidade da assistência praticada pelos profissionais de Enfermagem, foram destacados neste trabalho, os Indicadores Assistenciais. Tal vem sendo a sua importância para a área que os estudos avançam para melhor dar conta das várias áreas de atuação, procurando não deixar, a parte, indicadores específicos. Quando o Projeto de Pesquisa foi elaborado o referencial que ancorou e justificou a iniciativa datava de 2006. No transcorrer da pesquisa adquirimos o texto atualizado de 2012. A surpresa foi que o Hospital escolhido para a realização desta pesquisa estava engajado na Coordenação dos Grupos de Indicadores, do Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar.

Foi possível, não obstante alguns problemas enfrentados pelo Serviço em relação ao impresso e registros dos eventos, identificar os indicadores comprometidos, no período de janeiro de 2012 a fevereiro de 2013.

Do total de 328 eventos notificados ao Núcleo de Atenção à Qualidade (NAQ), destacamos os resultados em ordem de comprometimento: lesão de pele, erros de medicação, úlceras por pressão, saída não planejada de sonda, flebite, queda de paciente e extubação acidental.

Houve predomínio de notificações com Lesões de Pele no total de eventos, sendo constatado que na UTI-Adulto foram registrados 3 casos. Já na Unidade Coronariana foram registrados 8 casos e na Unidade de Internação Adulto foram registrados 88 casos.

Os erros de medicação vieram como 2ª maior incidência sendo constatado que na UTI-Adulto foram registrados 19 casos. Na Unidade Coronariana foram registrados 4 casos e, na Unidade de Internação Adulto foram registrados 46 casos .

A úlcera por pressão foi a 3ª maior incidência, onde na UTI-Adulto foram registrados 10 casos, na Unidade Coronariana foram registrados 2 casos e, na Unidade de Internação Adulto foram registrados 39 casos.

A saída não planejada de sondas foi a 4ª maior incidência, com 39 casos na UTI adulto, na Unidade Coronariana não foi registrado nenhum caso e, na Unidade de Internação Adulto foram registrados 14 casos.

No indicador flebite, obteve-se a 5ª maior incidência, sendo que na UTI-Adulto foram registrados 7 casos, na Unidade Coronariana foram registrados 16 casos e, na Unidade de Internação Adulto foram registrados 10 casos.

A queda de pacientes com a 6ª maior incidência, onde na UTI-Adulto foram registrados 1 caso, na Unidade Coronariana foram registrados 6 casos e, na Unidade de Internação Adulto foram registrados 11 casos.

Por fim, o indicador extubação acidental fechando como 7ª maior incidência, indicador pertencente à UTI-Adulto, onde foram registrados 5 casos.

Faz-se fundamental a atuação do profissional enfermeiro, juntamente com a equipe de enfermagem, na contribuição para a minimização do comprometimento dos indicadores assistenciais. Para tanto, é preciso a observância diária e séria desses indicadores e que tais registros não sejam tidos como algo contra o próprio funcionário e nem visto como um instrumento de punição.

Ao término da pesquisa, foi observado que os indicadores de qualidade mais comprometidos, durante o período da pesquisa, foram lesão de pele, erros de medicação e úlcera por pressão. Diante do quadro apresentado espera-se, dos gestores, a contínua aplicação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática a evolução da qualidade dessa assistência, além, da conscientização e maior atenção por parte daqueles que realizam os cuidados. Nas pesquisas científicas, observa-se a predominância de alguns destes indicadores, também, em outras instituições de saúde, como o evento erros de medicação. (NASCIMENTO, 2008, p. 6).

Verificou-se, portanto, que os indicadores de qualidade, vêm como instrumentos indispensáveis para a qualidade, por apontarem aspectos do cuidado que se melhorados, tornarão a prestação dessa assistência mais segura, isenta de falhas e riscos. Já o NAQ encontra-se em franco desenvolvimento, trabalhando para que a instituição aumente a sua credibilidade no cenário da Saúde, da cidade e região, tendo como marca a qualidade no seu atendimento.

O maior desafio, considerada uma das maiores forças de trabalho em saúde no Brasil e no mundo, a Enfermagem deve assumir uma posição de vanguarda para modificar o panorama da segurança do paciente. (PEDREIRA, 2009, p. 23-24).

Estamos convencidos que o Serviço de Enfermagem, do Hospital em estudo, está no caminho.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P; Melhoria da Qualidade nos Serviços de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. v.13, p. 190-6, 2000.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Cuidados de Enfermagem, procedimentos padronizados para pacientes adultos**. São Paulo, 2003.

ALMEIDA, R. A. R.; ABREU, C. C. F.; MENDES, A. M. O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência**, III série. nº 2, p. 163-172, Dez/ 2010.

ALVES, E.; ZERZA, M.S. Escala de Maddox. Disponível em: < http://www.portaldafenfermagem.com.br/parametros_read.asp?id=14>. Acesso em : 03/2013.

ANSEMI, M. L.; PEDUZZI, M.; JUNIOR, I. F. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**.v. 22, nº 3, p.257-64, 2009

AYELLO, E. A., BRADEN,B. **How and why to do pressure ulcer risk assessment. Advances in skin eand wound care**;p.125-133; 2002.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 10/2012.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S, H, D. B. Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 10, nº 4, p. 523-9, jul-ago/ 2002.

CASTELLÕES, T. M. F. W. ; SILVA, L. D.; Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 62, nº4, p. 540-5, Jul-ago/ 2009.

CASTELLÕES, T. M. F. W. ; SILVA, L. D. ; Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília ,v.60, nº16, p. 106-9., jan-fev/2007.

CASTELLÕES, T. M. F. W.; SILVA. L. D. Resultados da capacitação para a prevenção da extubação acidental associados aos cuidados de enfermagem. **Rev. Min. Enf.** ; v. II, nº 2, p. 168-175, abril-jun/2009.

Compromisso com a qualidade hospitalar (CQH). **Manual de indicadores de enfermagem NAGEH**. 2.ed. São Paulo: APM/CREMESP, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Erros de medicação - Definições e estratégias de prevenção**. São Paulo, 2011. Disponível em: < http://www.corensp.org.br/sites/default/files/erros_de_medicao-definicoes_e_estrategias_de_prevencao-0.pdf >. Acesso em 03/2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN/SP CAT Nº 026/2010. **Indicadores de Qualidade**. Disponível em: < <http://www.corensp.org.br>>. Acesso em :10/2012.

DECESARO, M.N.; PADILHA, K.G. Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação em UTI: queda de pacientes. Maringá: **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.1, nº1, p.159-162, 2002.

D'INNOCENZO M; ADAMI N.P; CUNHA ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v 59, nº1, p. 84-8, jan-fev/ 2006.

DOMINGUES, G.; MORAES, F. R. R.L.; JUNIOR, I. F. Tempo de permanência dos cateteres venosos periféricos e seus riscos para flebite relacionado ao sítio de inserção. **Revista Científica Indexada Linkania Júnior**. Ano 2, nº 3, Abril-Jul/ 2012.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la atención médica. In: White K.L., Frank J, organizadores. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington: OPAS;p. 382-404, 1992.

FONTENELE, F.C, CARDOSO, M.V.L.M.L. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, nº1, p.130-7, 2011.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). **Rumo à excelência: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional – Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (ciclo 2006-2007)**. São Paulo: FNQ/CQH; 2006.

GABRIEL, C.S., et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v.19, nº5, p.09, set-out/ 2011.

GARAY, A. Gestão. In: Cattani, A. D. **Trabalho e tecnologia: Dicionário Crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997.

INOUE, K. C.; et al. Risco de queda da cama. O desafio da enfermagem para a segurança do paciente. **Invest Edu Enfermagem**. v,29, nº3, 2011.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO). Accreditation manual for hospitals. **Nursing Care**. p.79-85, 1992.

MACHADO, J.M.; RÊGO, G.L. **Prevenção da úlcera por pressão: Atuação do enfermeiro na avaliação do estado nutricional do cliente**. Projeto de pesquisa do Centro Universitário Jorge Amado- UNIJORGE, Salvador-BA, 2009.

MARIN, F.F.;BOURIE, P. ; SAFRAN, C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. **Rev. latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.3, p.27-32, julho /2000.

MARTINS, D. A.; SOARES, F. F. R. Conhecimento sobre prevenção e tratamento de úlceras de pressão entre trabalhadores de enfermagem em um hospital de Minas Gerais. **Cogitare Enfermagem**. v.13, nº1, p. 83-7, jan-mar/ 2008.

MEDEIROS, A.B.F.; LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos pelo enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm USP**.v.43, n.1, 2010.

MENEZES, P.S. Cuidados com sondas no idoso acamado e a assistência de enfermagem. 5º Simpósio de Ensino de Graduação : UNIMEP/ Piracicaba, 23-25 out, 2007. MIASSO, A. I. , et al; O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev . Latino-Am Enfermagem**. v 14,nº3, p 354-63. mai-jun/2006

MOREIRA, R. A. N. ; QUEIROZ, T. A. ; ARAÚJO, M. F. M. ; ARAÚJO, T. M. ; CAETANO, J. A. Condutas de enfermeiros no tratamento de feridas numa unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene. Fortaleza**. v. 10, nº 3, p. 83-89, jul-set/2009.

NASCIMENTO, C. C. P, ET AL. Indicadores de resultados da assistência: Análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 2008: julho-agosto; 16(4).

NOGUEIRA, R.P.M. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, A.S.S.; PARREIRA, P.M.S.D.; Intervenção de enfermagem e flebite decorrentes de cateteres venoso periférico. Revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**. Série III, nº2, Dez/ 2010.

OLIVEIRA, M.R. ; GASTALDI, A. B. Hipervolemia e flebite relacionadas à administração de medicamentos. **Terra e Cultura**. ano XX, nº39, p 155-162, 2004.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. In: COREN-SP. **Enfermagem dia a dia**: segurança do paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009.

PEREIRA, M.V.R. **Úlceras de pressão: um enfoque sobre as intervenções preventivas realizadas pelo enfermeiro intensivista**. Disponível em < http://www.ibrati.org/sei/docs/tese_499.doc >. Acesso em: 03/2013.

Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). **Manual de indicadores de enfermagem NAGEH**. São Paulo: APM/CREMESP, 2006.

SEHESTED, P.; SEVERIN-NIELSEN, T. Falls by hospitalized elderly patients: causes, prevention. **Geriatrics**. Local, n.32, p.101-108, 1977.

SILVA, B. K. et al. Erros de medicação: condutas e propostas de prevenção na perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 712 – 723, 2007.

SILVA, A. E. B., et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul Enfermagem**. v. 20, nº3, p. 272-6. 2007.

SOUSA, C. A.; SANTOS, I. ; SILVA, L. D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão – evidências do cuidar em enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**. v. 59, nº3, p. 279-84, ma-jun/2006.

SOUZA, S. S; *et al.* Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. **Rev. Bras. Enfermagem.** Brasília, v. 63, nº3, p. 470-6,ma-jun/ 2010

TRONCHIN, D. M. R; MELLEIRO, M.; MOTA, N. V. V. P. Indicadores de Qualidade de Enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do Programa de Qualidade Hospitalar. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 30, nº02, p.300-305, abr-jun/2006.

TRONCHIN, D. M.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A Qualidade e a Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. In: KURCGANT, P. *et al.* **Gerenciamento em Enfermagem.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.71-83, 2010.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

ANEXO

DA COMPETÊNCIA DOS MEMBROS DO NAQ

Art. 9º - Ao Coordenador - Analista da Qualidade compete:

- I - Coordenar os processos e suas interações sistematicamente;
- II – Elaborar proposta de plano anual, com respectivo cronograma e previsão de recursos necessários à execução;
- III - Definir estratégias para identificar, corrigir e prevenir a incidência de não conformidades;
- IV - Acompanhar e colaborar periodicamente com as Pesquisas de Satisfação ao Cliente Interno e Externo;
- V - Coordenar e auditar a gestão da documentação da qualidade;
- VI - Definir as normas de emissão, edição, distribuição e controle dos documentos, assim como, sua atualização eletrônica e emissão de cópias de segurança dos documentos, quando solicitados;
- VII - Assegurar que as alterações e a data da última revisão dos documentos estejam identificadas;
- VIII - Assegurar que versões atualizadas e legíveis de documentos aplicáveis estejam acessíveis nos locais de uso;
- IX - Garantir que documentos de origem externa que circulem no HSL estejam identificados e que sua distribuição seja controlada;
- X - Autorizar a implementação de formulários, após os trâmites nas devidas instâncias;
- XI - Elaborar e validar matrizes padrões de documentos;
- XII - Revisar anualmente os formulários e eliminar aqueles em desuso.

Art. 10º - Ao Vice-Coordenador Profissional Enfermeiro da Qualidade compete:

- I – Definir e padronizar critérios para cada etapa do Gerenciamento de Tecnologias em Saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde, abrangidas pela Resolução-RDC Nº 2, de 25/01/2010, da ANVISA ou outras que a revoguem ou substituam;

- II – Elaborar normas e rotinas técnicas de procedimentos padronizadas, atualizadas e acessíveis aos profissionais envolvidos para cada etapa do Gerenciamento;
- III - Gerenciar e desenvolver o Projeto do Hospital Sentinela, agindo de forma corretiva nas não conformidades;
- IV - Facilitar e incentivar a participação das pessoas no projeto;
- V - Agir de forma corretiva, avaliando a necessidade de ações para evitar a ocorrência ou reincidência de não conformidades;
- VI - Colaborar com o cronograma de atividades anual, em coerência com a política da qualidade;
- VII - Acompanhar e colaborar periodicamente com as Pesquisas de Satisfação ao Cliente Interno e Externo;
- VIII - Elaborar pareceres de documentos quanto à sua adequação, antes da sua emissão;
- IX - Emitir parecer técnico sobre o conteúdo e configuração de documentos submetidos à sua aprovação;
- X - Elaborar fluxo de pareceres emitidos e validá-los entre as áreas;
- XI - Substituir o coordenador em suas ausências e impedimentos.

A descrição atual do cargo de “Enfermeiro da Qualidade” contempla, além destas, outras funções:

- a.** Exercer a função de Gerente de Risco (risco sanitário hospitalar e assistencial), auxiliando na identificação e na averiguação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos sujeitos a vigilância sanitária, disseminando a cultura do acompanhamento e notificação e na divulgação dos resultados;
- b.** Gerenciar e desenvolver o Projeto do Hospital Sentinela, agindo de forma corretiva nas não conformidades, enviando e submetendo as notificações à ANVISA dentro das áreas da Hemovigilância, Farmacovigilância, Tecnovigilância;
- c.** Realizar a busca ativa e/ou receber as notificações de produtos para saúde, incluindo equipamentos de saúde, produtos de higiene e cosméticos, medicamentos e saneantes, já utilizados ou não na assistência aos pacientes,

sendo que estas deverão estar anexadas aos produtos em sua forma física, mantendo-os prontamente disponíveis para futuras consultas (prazo mínimo de dois anos);

- d.** Proceder à notificação on-line em sistema web/internet padronizado pela ANVISA;
- e.** Participar de equipe técnica com representantes da instituição, do fabricante e da Visa/ANVISA, para estudo dos incidentes ocorridos ou potenciais;
- f.** Acompanhar a manutenção preventiva dos equipamentos em parceria com a Engenharia Clínica e com a Manutenção (quando em contato com pacientes);
- g.** Realizar e/ou colaborar com a avaliação técnica de novos produtos de saúde que serão ou não aprovados para a padronização na Instituição;
- h.** Acompanhar a implementação das ações corretivas, reparos e/ou substituições dos equipamentos, artigos e kits diagnósticos associados às queixas problemas;
- i.** Realizar palestras, oficinas de trabalho e treinamentos para o público interno em conjunto com o Serviço de Educação Continuada (SEC), para disseminar informações sobre as ações corretivas, as ações da Gerência de Risco e a importância das notificações;
- j.** Capacitar os usuários para a elaboração das notificações e manutenção do programa de vigilâncias;
- k.** Assegurar e documentar a sensibilização e treinamentos realizados;
- l.** Assegurar o acompanhamento periódico, a fim de prover a efetividade das ações corretivas decorrentes dos eventos adversos/queixas técnicas notificadas e reajustá-las se for necessário;
- m.** Realizar o gerenciamento e monitorização das não conformidades através do controle das notificações em planilha Excel e protocolos de entrega de documentos, como também da realização de indicadores da gerência de risco;
- n.** Assessorar a Superintendência na identificação e tratamento das não conformidades (eventos adversos, falhas nos processos e outros) impactantes na qualidade da assistência prestada pela instituição;
- o.** Receber as notificações, analisá-las e providenciar os encaminhamentos devidos;
- p.** Auxiliar e acompanhar a elaboração e desenvolvimento de planos de ações decorrentes das não conformidades notificadas;

- q.** Agir de forma corretiva, avaliando a necessidade de ações para evitar a ocorrência ou reincidência de não conformidades;
- r.** Prover e manter a documentação adequada de cada notificação;
- s.** Manter o sigilo das notificações sob sua responsabilidade;
- t.** Acompanhar e colaborar periodicamente com as Pesquisas de Satisfação ao Cliente Interno e Externo, bem como no encaminhamento às áreas responsáveis e no tratamento das queixas;
- u.** Participar de Encontros Nacionais de Gerentes de Risco e profissionais das Gerências de Risco e de outras atividades pertinentes;
- v.** Colaborar realizando trabalhos ou propondo temas de interesse para discussão;
- w.** Elaborar e apresentar trabalhos acordados com a instituição e com a ANVISA;
- x.** Desempenhar papel agregador junto as diferentes áreas de interface da instituição e organizações externas;
- y.** Conhecer e estar atualizado quanto à legislação vigente, pertinente às suas áreas de atuação;
- z.** Participar ativamente das comissões intra-hospitalares, sendo elas: Comissão de Gerenciamento de Riscos, Comitê Transfusional, Comissão de Farmácia e Terapêutica, e Comissão de Suprimentos, ficando a presidência da primeira sob sua responsabilidade;
- aa.** Acompanhar e/ou orientar a equipe na avaliação dos Suprimentos;
- bb.** Auxiliar na elaboração de normas e rotinas técnicas de procedimentos padronizados juntamente com os gestores das áreas interessadas, mantendo-as atualizadas e acessíveis aos profissionais envolvidos.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**Unidade de Internação Adulto-2012**

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Erros de Medicação	0	3	8	3	5	2	3	6	1	5	3	1	40
Flebite	0	3	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	10
Lesão de Pele	4	9	11	3	11	3	4	9	8	1	11	14	88
Queda	0	0	2	2	2	3	0	1	0	1	0	0	11
Tração Acidental	1	1	4	0	2	0	0	2	2	0	2	0	14
UPP	2	6	2	3	5	2	4	2	0	4	6	3	39

Unidade de Internação Adulto-2013

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Erros de Medicação	6	0											6
Flebite	0	0											0
Lesão de Pele	0	0											0
Queda	0	0											0
Tração Acidental	0	0											0
UPP	0	0											0

Unidade Coronariana 2012

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Erros de Medicação	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	4
Flebite	1	0	0	0	0	0	2	3	1	3	4	1	15
Lesão de Pele	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	0	2	8
Queda	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	6
Tração Acidental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UPP	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2

Unidade de Terapia Intensiva- UTI Adulto 2012

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Erros de Medicação	3	0	0	2	5	3	2	0	2	1	1	0	19
Flebite	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1	1	6
Lesão de Pele	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3
Queda	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Extubação Acidental	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	5
UPP	0	0	0	0	3	0	0	3	2	1	1	0	10
Tracionamento Ac. CVC	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5
Tracionamento Ac. SNE	0	2	0	0	4	4	1	1	1	1	2	0	16
Tracionamento Ac. CVP	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	4

