

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA SEGURANÇA DO PACIENTE

**Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
HUGG - 2018**

Maio / 2019

SUMÁRIO

1. Sumário Executivo.....	3
2. Apresentação.....	7
3. Parte 1- Conhecimento sobre as Metas (inquérito de opinião).....	8
4. Parte 2- Implantação da Metas.....	12
5. Meta 1 – Identificação segura do paciente.....	15
6. Meta 2 – Comunicação efetiva.....	18
7. Meta 3 – Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.....	22
8. Meta 4 - Cirurgias seguras.....	30
9. Meta 5 - Infecções Relacionadas a Assistência em Saúde (IRAS).....	34
10. Meta 6 – Quedas e lesões por pressão.....	39
11. Referências.....	45
12. Créditos.....	47

SUMÁRIO EXECUTIVO

No Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da UNIRIO, a segurança do paciente foi instituída como comissão em 2014, por meio da Portaria nº 1114, cujo relatório do período 2014 a 2018 pode ser acessado por meio do link: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hugg-unirio/seguranca-do-paciente>

Com a adesão do hospital à EBSEH, houve mudança na estrutura organizacional, sendo a segurança do paciente incorporada ao então Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH). Assim, este passou a se denominar Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, cujo organograma pode ser observado a seguir.

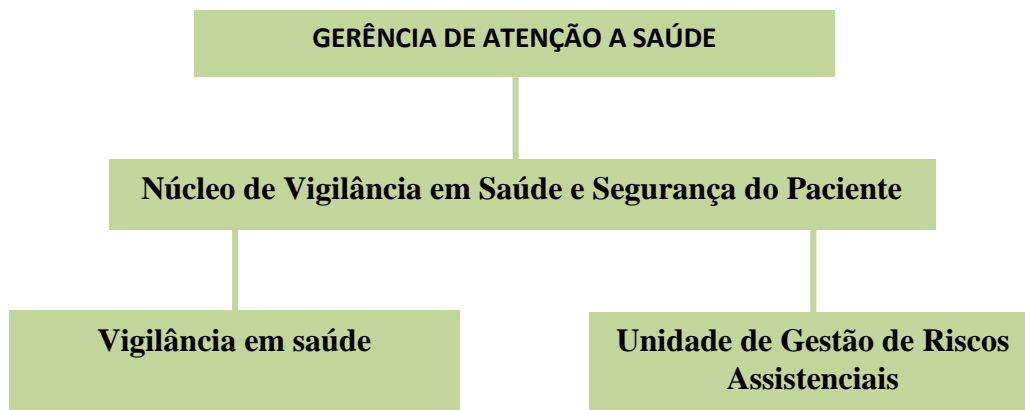


Figura 1- Recorte do Organograma da Gerência de Atenção a Saúde. Fonte: HUGG, 2015.

Com a mudança estrutural e em virtude do afastamento das duas enfermeiras que atuavam no Núcleo de Segurança do Paciente, para licença gestacional, foi incorporado, em 2018, ao Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (ex- NVH) um enfermeiro do concurso EBSEH para desenvolver atividades prioritariamente na área de segurança do paciente. Nesse contexto, foi decidido conjuntamente realizar um diagnóstico situacional atualizado sobre processos, além de um inquérito de opinião em relação ao nível de conhecimento sobre o tema.

O inquérito de opinião abrangeu 185 técnicos do corpo clínico e docentes com o predomínio de profissionais de enfermagem, seguido de estudantes e médicos. A maioria eram profissionais do sexo feminino, na faixa etária de 20-39 anos de idade, de raça/cor auto declarada branca e com vínculo estável como estatutário. Dentre os entrevistados 160 (86,5%), disseram já ter ouvido falar sobre segurança do paciente e destes 47,5% disseram ter ouvido falar sobre este tema no HUGG.

Dentre os entrevistados que declararam ter ouvido falar de segurança do paciente, 30% não conheciam nenhuma das metas internacionais e 57,1% dos demais conheciam apenas duas das seis metas.

Em relação ao grau de implantação das seis metas no HUGG, a meta 3 (segurança da prescrição) alcançou o maior percentual em relação ao grau máximo de implantação (totalmente implantada); as metas 2 (comunicação efetiva) e 5 (higienização das mãos) obtiveram o maior percentual em relação ao grau intermediário de implantação e a meta 4 (cirurgia segura) apresentou o maior percentual de desconhecimento em relação a sua implantação.

A percepção pelos entrevistados do grau de implantação das metas **está bem distante da situação real encontrada no diagnóstico situacional.**

No que se refere ao diagnóstico situacional em relação é relevante destacar:

- Foram consideradas informantes-chaves as enfermeiras responsáveis pela gestão do cuidado de enfermagem nas enfermarias e setores assistenciais e as chefias médicas de serviço;
- O diagnóstico foi realizado por meio de questionários respondido por enfermeiros das enfermarias 3^a, 4^a, 6^a, 7^a, 8^a, 10^a; Hospital Dia; Hemodiálise; Maternidade; Ortopedia; CTI adulto; CTI neonatal e Pediatria. Apenas as chefias médicas dos serviços da 6^a e 7^a enfermarias e da ortopedia não responderam aos questionários.

Em relação às metas:

Meta 1- Identificação segura: apenas a 3^a e 6^a enfermarias informaram já ter utilizado a estratégia de identificação por pulseiras doadas ao setor. Na maternidade, o binômio mãe-filho é identificado com pulseiras.

Em consulta ao setor de suprimentos verificou-se que havia em estoque 2500 unidades de pulseiras de identificação para uso nas unidades de internação e 500 para uso na maternidade, faltando apenas solicitação pelos setores.

Meta 2- Comunicação efetiva: Alguns serviços possuem formulários padronizados para os registros diários de enfermagem e médicos, entretanto, mesmo em serviços com especificidades semelhantes, não há padronização entre serviços como nas clínicas médicas e cirúrgicas, onde os formulários são diferentes.

Todos os chefes de serviço informaram haver padronização para os registros em prontuários, fato não corroborado por enfermeiros (as) respondentes, nem verificado nas revisões de prontuários; buscas ativas de vigilância epidemiológica; coleta de dados de óbitos e observação durante este diagnóstico.

Em relação às diretrizes para passagem de plantão, os profissionais de enfermagem adotam diferentes formas de sistematização, tais como registros em impressos e livros, não havendo, uma padronização para este fim. O mesmo ocorre nos registros médicos e de outras categorias profissionais, sendo que cinco de nove (5/9) chefias de serviço declararam não existir orientações para este processo de trabalho nos serviços que coordenam.

Meta 3- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos: somente as chefias de serviço de dois serviços responderam que **existe protocolo** para padronização da prescrição de medicamentos e que este é total ou parcialmente aplicado por suas equipes. Entretanto tal informação não foi corroborada pelos enfermeiros respondentes, nem pelo serviço de farmácia que revela não existir protocolo ou diretriz que norteie este processo.

De acordo com as chefias de serviço de duas unidades de internação, uma de adulto e uma infantil, o destaque de prefixos/sufixos de medicamentos com nomes semelhantes é adotado, mas essa informação não foi corroborada pelos enfermeiros respondentes e nem pelo serviço de farmácia.

Em relação à dupla checagem prévia da administração de medicamentos, a maioria dos enfermeiros respondentes declarou que não é realizada.

Meta 4- Cirurgias Seguras: segundo os respondentes do centro cirúrgico geral e obstétrico, não está implantado a lista de verificação de cirurgia segura (*checklist*). As demais atividades preconizadas são inexistentes ou, quando existem, são em grau insuficiente.

Meta 5- Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS): segundo todos os respondentes, o protocolo universal para lavagem das mãos, considerando os cinco momentos recomendados pela OMS e MS, está adotado universalmente.

Todos os entrevistados declararam que não é suficiente o número de pias para higienização das mãos de profissionais e visitantes e não é suficiente o número de dispensadores de álcool nos pontos de assistência/cuidado para higienização das mãos dos profissionais de saúde.

Segundo a maioria dos respondentes (76,9%) existe protocolo para rastreio de germes multirresistentes de acordo com o fluxo estabelecido pela CCIH.

Meta 6- Quedas e lesões por pressão: para todos os respondentes não existe protocolo, fluxos e/ou diretrizes clínico-assistenciais que oriente a detecção de risco e prevenção de quedas nos setores.

Para a maioria dos respondentes (69,2%) existe Protocolo, Fluxos e/ou Diretrizes clínico-assistenciais que oriente a detecção de risco e prevenção de lesões por pressão nos setores.

Em relação a capacitações/ educação continuada existe discordância entre as informações dos respondentes e as obtidas na CAETTS, exceto para higienização das mãos e detecção de risco e prevenção de lesões por pressão.

Em relação aos indicadores de monitoramento e avaliação, ainda não estão implantados para nenhuma das metas.

RECOMENDAÇÕES:

- 1- Elaborar e implementar o Plano de Segurança do Paciente tendo como base este diagnóstico situacional e demais relatórios e boletins sobre segurança do paciente para as tomadas de decisão;
- 2- Corrigir os pontos críticos apontados neste diagnóstico situacional reduzindo os riscos identificados, com vistas a aumentar a segurança do paciente;
- 3- Realizar diagnósticos situacionais a cada dois anos, três meses antes do término do Plano de Segurança do Paciente em vigência;
- 4- Realizar inquérito de opinião anual para monitorar a institucionalização da cultura de segurança do paciente no HUGG;
- 5- Definir prioridades de insumos, equipamentos, capacitações e treinamentos para alcance das seis metas de segurança do paciente;
- 6- Sensibilizar a gestão para garantir as condições materiais e de pessoal para implantação de Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para cada uma das seis metas;
- 7- Fortalecer a integração de setores, serviços, profissionais e estudantes com a Comissão de Segurança do Paciente (CSP);
- 8- Divulgar periodicamente a comunidade do HUGG atualizações sobre temas de segurança do paciente, com parceria entre o Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, a CSP e a Educação Permanente.

APRESENTAÇÃO

O diagnóstico situacional é uma ferramenta que auxilia na detecção de problemas e necessidades, bem como permite conhecer a organização de um serviço, ação ou atividade em diferentes instituições entre elas os serviços de saúde, sendo fundamental para um planejamento que permita desenvolver ações mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados.

A equipe do NVH/SVSSP/HUGG, iniciou no mês de setembro de 2018 o primeiro Diagnóstico Situacional sobre Segurança do Paciente (DSSP) no HUGG, após a adesão a EBSEH, a fim de subsidiar a nova Comissão de Segurança do Paciente (CSP) na elaboração do Plano de Segurança do Paciente (PSP) para implementação das metas de segurança.

Este diagnóstico situacional teve por objetivo **“Identificar a situação atual da implantação e emprego das metas internacionais para Segurança do Paciente no HUGG considerando as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), *Joint Commission International* (JCI) e Ministério da Saúde”**.

Empregou-se como método o desenvolvimento de inquérito situacional nas unidades de internação, serviço de hemodiálise e centros cirúrgico geral e obstétrico, utilizando questionário padronizado aplicado a todos os enfermeiros responsáveis por serviços e chefias de serviço, além de observação participante (visita *in loco*). Considerando as recomendações do Ministério da Saúde, de acordo com as Portarias MS nº 529/2013 e nº 2.095/2013, que investigou os seguintes aspectos:

- 1- Existência de protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais (tecnologias específicas) relacionados a cada meta internacional de segurança;
- 2- Conhecimento das equipes sobre as tecnologias específicas;
- 3- Aplicação das tecnologias específicas na prática assistencial cotidiana das equipes;
- 4- Ações de educação continuada /permanente e monitoramento de indicadores assistenciais relacionados a cada meta internacional de segurança.

Realizou-se também inquérito de opinião, sobre a situação da implantação das metas internacionais, junto a profissionais de diferentes categorias, docentes, estudantes e residentes.

Não foi utilizado para aplicação dos instrumentos de coleta de dados Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visto que segundo a Resolução CNS 510/2016 não há necessidade, por se tratar de dados para subsidiar a melhoria de serviços locais.

Os resultados obtidos são apresentados a seguir.

PARTE **1**

INQUÉRITO DE OPINIÃO SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

INQUÉRITO DE OPINIÃO

A fim de conhecer a situação da implantação das metas internacionais de segurança e sua aplicação no cotidiano das equipes assistenciais a partir do olhar de profissionais de diferentes categorias da saúde, professores, alunos e residentes atuantes no HUGG aplicou-se um inquérito de opinião composto por três questões chaves: “Já ouviu falar sobre Segurança do Paciente?” / “Quais metas internacionais para Segurança do Paciente conhece?” / “Qual a situação das metas internacionais de segurança do paciente no HUGG?”.

Tabela1- Perfil profissional dos entrevistados
Inquérito de opinião sobre segurança do paciente
HUGG - 2018

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	Frequência	Percentual
Auxiliar de enfermagem	16	8,7
Biólogo	2	1,1
Enfermeiro	26	14,1
Estudante	30	16,2
Farmacêutico	2	1,1
Fisioterapeuta	4	2,2
Médico	20	10,8
Médico e professor	2	1,1
Nutricionista	2	1,1
Outro	10	5,4
Professor	6	3,2
Psicólogo	3	1,6
Residentes	11	6,0
Técnico de enfermagem	49	26,5
Técnico/auxiliar laboratório	2	1,1
Total	185	100,0

Responderam ao inquérito 185 pessoas cuja faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos (27,6%; 51/185) e de 30-39 anos (31,4%; 58/185); sexo feminino (68,6%; 127/185); raça branca (50,2%; 93 /185), seguida de negros auto declarados= pretos+pardos (46,6% ; 86/185).

Entre os trabalhadores 66,4% (12/185) possuem vínculo estatutário do tipo Regime Jurídico Unificado (RJU); 19,5% (36/185) EBSERH e 14,1% (26/185) outros tipos de vínculos (residentes, bolsistas).

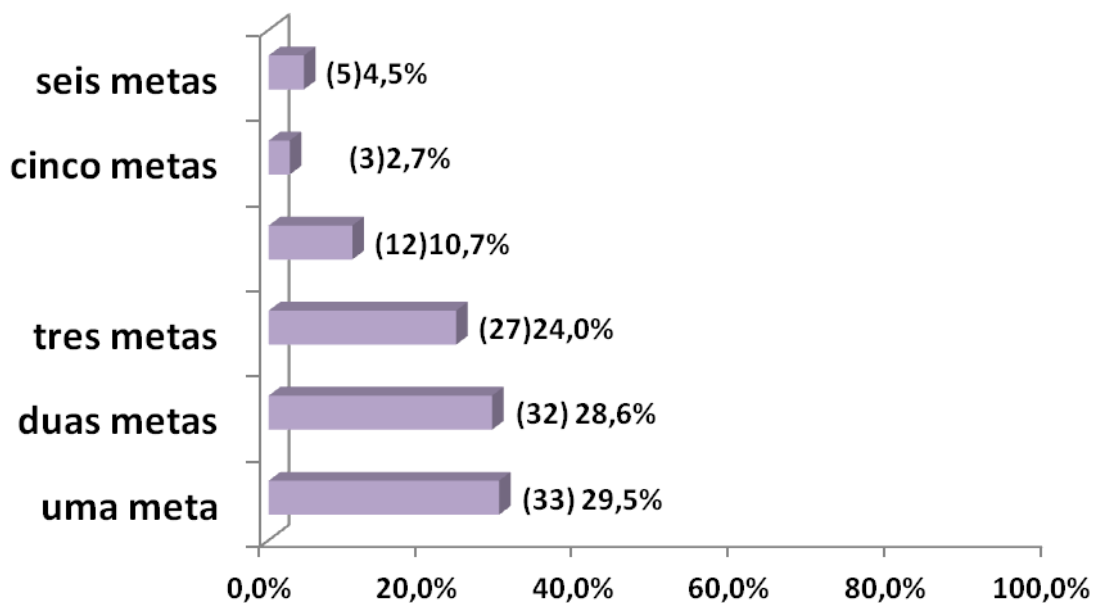
Sobre a questão “Já ouviu falar sobre segurança do paciente?”

86,5% (160/185) afirmaram conhecer a temática.

Dentre os respondentes que disseram já ter ouvido falar em segurança do paciente, 51.3% (82/160) declararam que tomaram conhecimento fora do HUGG e 47,5% no HUGG (76/160).

Quando perguntados sobre “Quais metas internacionais para segurança do paciente que você conhece?” Dentre os entrevistados que já tinham ouvido falar de segurança do paciente, 30% (48/160) reponderam que não conheciam nenhuma das metas internacionais e os demais respondentes (n=112) conheciam de 1 a 6 metas conforme apresentado a seguir.

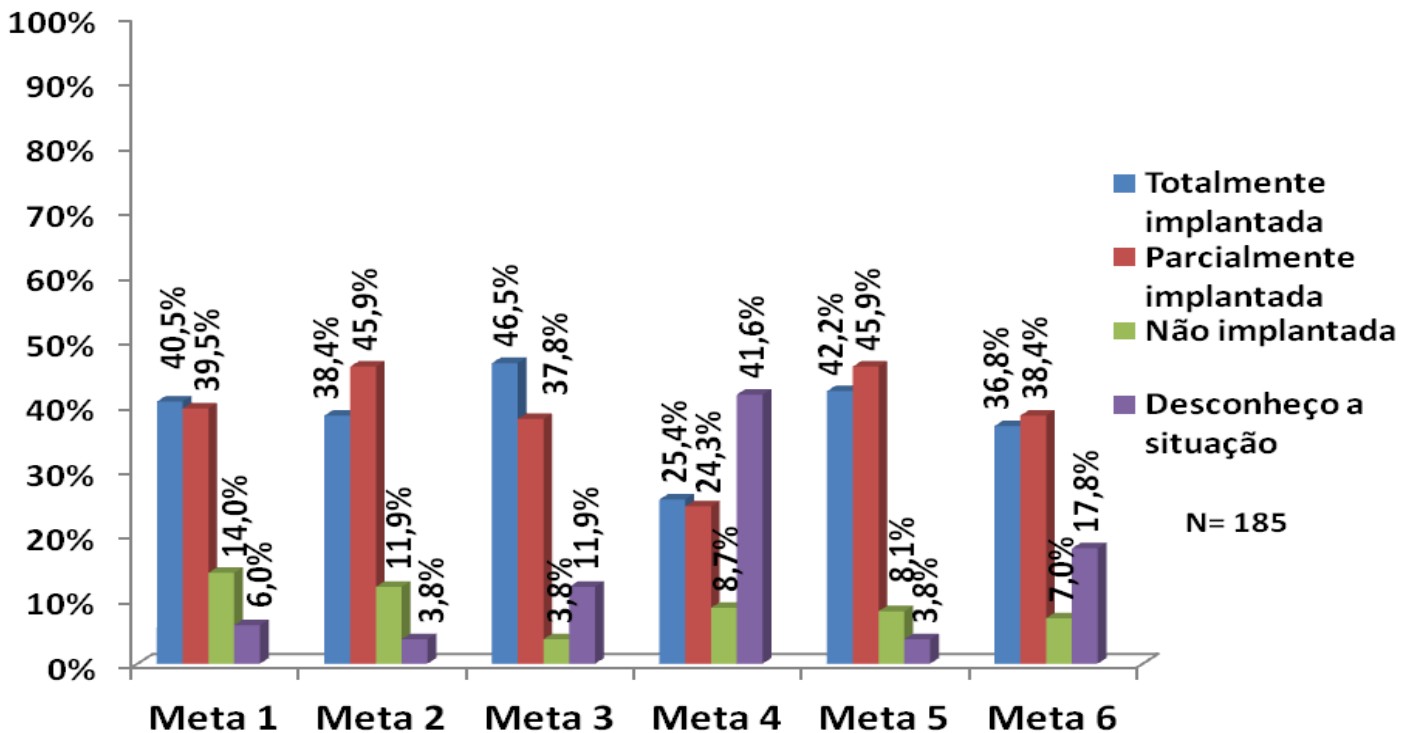
Figura 1- Conhecimento das metas
Inquérito de opinião sobre segurança do paciente
HUGG – 2018



N= 112

A cerca da implantação das metas internacionais de segurança do paciente no HUGG foi solicitado aos respondentes que opinassem como se encontra a situação no HUGG. Os resultados obtidos não refletem a situação identificada no diagnóstico a ser apresentado na parte 2.

Figura 2- Grau de implantação das metas
Inquérito de opinião sobre segurança do paciente
HUGG – 2018



A meta 3 (segurança da prescrição) alcançou o maior percentual em relação ao grau máximo de implantação (totalmente implantada) ; as metas 2 (comunicação efetiva) e 5 (higienização das mãos) o maior percentual em relação ao grau intermediário de implantação e a meta 4 (cirurgia segura) apresenta o maior percentual de desconhecimento em relação a sua implantação.

PARTE **2**

IMPLANTAÇÃO DAS METAS

SERVIÇOS E SETORES DE COLETA DE DADOS PARA O DIAGNÓSTICO

3ª ENF
4ª ENF
6ª ENF
7ª ENF
8ª ENF
10ª ENF
Hospital Dia
HEMODIÁLISE
CC GERAL/CME
MATERNIDADE/CC OBSTRÉTICO
ORTOPEDIA
CTI ADULTO
CTI NEONATAL
PEDIATRIA
FARMÁCIA
CAEETS
COMISSÕES: 1) PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS; 2) INFECÇÃO HOSPITALAR; 3) PRONTUÁRIOS ; 4) ÓBITOS

Perfil dos participantes que responderam a investigação na qualidade de responsável pela enfermagem/chefe do setor e ou serviço.

PROFISSÃO	
Categoria profissional	<i>n</i>
Enfermeiro (as)	16
Médicos(as)	09
Farmacêuticos(as)	01
TOTAL	26

TIPO DE VÍNCULO	
Vínculo empregatício	<i>n</i>
RJU	23
EBSERH	1
TEMPORÁRIO	2
TOTAL	26

TEMPO DE FORMAÇÃO	
Formação em anos	<i>n</i>
1-4 anos	1
5-9 anos	5
10-15 anos	2
Acima de 15 anos	18
TOTAL	26

PÓS GRADUAÇÃO	
Tipo de pós graduação	<i>n</i>
Especialização	10
Mestrado	11
Doutorado	05
TOTAL	26

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ENFERMARIA/SETOR/ SERVIÇO	
Tempo em anos	<i>n</i>
< 1 ano	2
1-4 anos	7
5-9 anos	1
10-15 anos	5
Acima de 15 anos	11
TOTAL	26

As chefias de serviço da 6^a, 7^a enfermarias e ortopedia não responderam aos questionários.

ANÁLISE SOBRE META 1 IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele será destinado um determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento.

Dentre as estratégias tecnológicas recomendadas como barreira de risco para falha na identificação dos pacientes, com base nas melhores evidências disponíveis, a utilização das pulseiras de identificação é a mais indicada.

Estudos epidemiológicos e clínicos como os de *CHAN et al* (2004), *SEVDALIS et al* (2009), *HEDDLE et al* (2012), bem como as recomendações da *National Center for Patient Safety* (NCPS) e da *National Patient Safety Agency* (NPSA), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), apontam um índice de redução de eventos adversos relacionados à identificação dos pacientes entre 40-90% quando a utilização de pulseiras associada ao uso de *bundles* (um *bundle* = "pacote") é uma forma estruturada de melhorar os processos e os resultados dos cuidados para com o paciente: um pacote pequeno e simples de práticas baseadas em evidências (em geral 3 a 5) que executadas coletivamente e de forma confiável, melhora os resultados para os pacientes; isto é fluxos; protocolos e diretrizes clínico-assistenciais corretamente empregados.

Resultados obtidos

1) Existência de protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais relacionados à meta de segurança.

Constava no questionário: "Existe em seu setor protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistenciais para identificação segura dos pacientes?".

Segundo os respondentes da 3^a, 4^a, 6^a, 7^a, 8^a, 10^a enfermarias; hospital dia, hemodiálise, maternidade, ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal e pediatria não existe protocolo para orientação da identificação segura.

2) Conhecimento e Aplicação pelas equipes assistenciais sobre os protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados na instituição relacionados a esta meta.

Dada à situação verificada com item anterior, de inexistência de protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistenciais para o processo, **este critério não foi analisado.**

3) Utilização de tecnologia ou estratégia recomendada como barreiras para o risco.

Constava no questionário: “Existe em seu setor uso de pulseiras de identificação para todos os pacientes?”.

Durante a visita para observação nas unidades alguns setores como 3ª e 6ª enfermaria informaram já ter utilizado a estratégia de identificação por pulseiras doadas ao setor. Na maternidade, o binômio mãe-filho é identificado com pulseiras.

Em consulta ao setor de suprimentos verificou-se que havia em estoque 2500 unidades de pulseiras de identificação para uso pelas unidades de internação e 500 para uso na maternidade, faltando apenas solicitação dos setores.

USO DE PULSEIRAS DE IDENTIFICAÇÃO	Frequência	Percentual
SIM	01	7,7
NÃO	12	92,3
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

Outras formas de identificação foram visualizadas em todas as unidades, tais como papéis e placas identificadoras nos leitos onde constam: o nome do paciente, prontuário e, em alguns casos, os riscos e alergias. Entretanto por ser iniciativa das unidades não há uma padronização especificada para uso.

4) Educação permanente e continuada para conhecimento e aplicação dos protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para a meta na instituição.

Constava do questionário: “Existe treinamento sobre identificação segura”?

Segundo os respondentes da 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª enfermarias, hospital dia, hemodiálise, maternidade, ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal e pediatria não houve ações de educação permanente/continuada para esta meta.

De acordo com CAEETS a partir de 2013 foram desenvolvidas 10-15 ações de capacitação sobre segurança do paciente, que incluíram o desenvolvimento de atividades educativas sobre identificação segura.

5) Monitoramento, apresentação e discussão de Indicadores assistenciais relacionados à meta de segurança.

Para a meta de identificação é recomendado o indicador: “*Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos*” obtida pela razão:

$$\frac{\text{Número de pacientes com pulseiras padronizadas}}{\text{Número de pacientes atendidos nas instituições de saúde}} \times 100$$

ESTE INDICADOR NÃO É UTILIZADO EM NENHUM DOS SETORES ONDE HOVE COLETA DE DADOS.

ANÁLISE SOBRE META 2 COMUNICAÇÃO EFETIVA

Os principais fatores que comprometem a comunicação efetiva para uma assistência segura, aumentando o risco de eventos adversos, são a qualidade dos registros nos prontuários (registros não sistematizados, ilegíveis ou incompletos); falhas relacionadas à passagem das informações verbais e não verbais entre os profissionais da equipe multidisciplinar, bem como a não participação efetiva de todos os atores envolvidos na assistência em espaços de discussão para tomada de decisão ao cuidado, comprometendo a segurança do paciente.

Resultados obtidos

1) Existência de protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para passagem de plantão e registros em prontuários.

Constava no questionário: “Existe em seu setor protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistenciais para padronização da passagem de plantão?”.

PROTOCOLO PASSAGEM DE PLANTÃO	Frequência	Percentual
NÃO	10	76,9
NÃO SE APLICA	02	15,4
SIM	01	7,7
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª,7ª,8ª,10ª, Hospital Dia, Hemodiálise,Maternidade,Ortopedia,CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

Em relação às atividades de enfermagem são adotadas diferentes formas de sistematizar as passagens de plantão tais como registros em impressos e livros, não havendo, uma padronização comum entre os serviços para este fim. O mesmo ocorre nos registros médicos e de outras categorias profissionais, sendo que cinco de nove chefias de serviço declararam a inexistência destes processos nos serviços que coordenam.

2) Conhecimento e aplicação pelas equipes assistenciais sobre os protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados na instituição relacionados a esta meta.

Constava no questionário: “Existe em seu setor protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistenciais para padronização dos registros em prontuários?”.

Apenas um respondente da referiu a existência protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistenciais para padronização dos registros em prontuários.

Alguns serviços possuem formulários padronizados para os registros de enfermagem e médico, entretanto mesmo com especificidades semelhantes não há padronização entre serviços como nas clínicas médicas e cirúrgicas, onde os formulários são diferentes.

Todos os chefes de serviço informaram haver padronização para os registros em prontuários, fato não corroborado por enfermeiros (as) respondentes, nem verificado nas revisões de prontuários, buscas ativas de vigilância epidemiológica, coleta de dados de casos de óbitos e observação durante este diagnóstico.

3) Conhecimento e aplicação dos protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para a meta na instituição

3.1 - Constava no questionário: “Os profissionais que atuam no seu setor conhecem o protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistenciais adotadas para registros em prontuário?”.

CONHECIMENTO SOBRE PADRONIZAÇÃO PARA REGISTROS EM PRONTUÁRIO	Frequência	Percentual
NÃO	10	76,9
NÃO SE APLICA	2	15,4
SIM	1	7,7
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3.2 - “O protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistencial adotado é aplicado pelos profissionais?”.

APLICAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO PARA REGISTROS EM PRONTUÁRIO	Frequência	Percentual
NÃO	10	76,9
NÃO SE APLICA	2	15,4
SIM	1	8,0
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

As chefias de serviço declararam que os profissionais que atuam nos setores que coordenam conhecem e aplicam totalmente os protocolos de padronização para registros, com exceção do serviço de hemodiálise onde a chefia declarou que são parcialmente aplicados. Estas respostas foram discordantes em relação aos respondentes da enfermagem e informante da comissão de prontuário.

4) Passagem de Plantão

4.1 - Constava no questionário: “Os profissionais que atuam no seu setor conhecem o protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistenciais adotadas para passagem de plantão?”.

CONHECIMENTO PADRONIZAÇÃO PASSAGEM DE PLANTÃO	Frequência	Percentual
NÃO	10	76,9
NÃO SE APLICA	2	15,4
SIM	1	7,7
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

4.2 - “O protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistencial adotado é aplicado pelos profissionais?”.

APLICAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO PASSAGEM DE PLANTÃO	Frequência	Percentual
NÃO	10	76,9
NÃO SE APLICA	2	15,4
SIM	1	7,7
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

As chefias de serviço declararam conhecimento e aplicação total ou parcial em 44% (n=4/9) deles, em contraposição aos respondentes da enfermagem e os dados de informante da comissão de revisão de prontuários.

5) Existência de *Rounds* multidisciplinares

Constava no questionário: “Existe *Round* multidisciplinar no seu setor?”

ROUND MULTIDISCIPLINAR	Frequência	Percentual
NÃO	11	84,6
SIM	2	15,4
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3^a, 4^a, 6^a, 7^a, 8^a, 10^a, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

No CTI adulto e neonatal fomos informados da realização de rounds multidisciplinares diários com a participação de diferentes categorias profissionais.

De acordo com relato dos (as) enfermeiros(as), há unidades de internação que possuem “rounds”, mas não integram as diferentes categorias envolvidas no cuidado para discussão e tomada de decisão, por este motivo não consideram a estratégia como efetiva para a meta. Em contraste com esta informação sete (n=7/9) chefias de serviço informaram que nos setores que coordenam ocorrem “rounds” multidisciplinares.

6) Educação Permanente e continuada a cerca de protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para registros em prontuário e passagem de plantão.

Constava do questionário: “Existe treinamento sobre registros em prontuário e passagens de plantão?”.

Segundo os respondentes da 3^a, 4^a, 6^a, 7^a, 8^a, 10^a enfermarias, hospital dia, hemodiálise, maternidade, ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal e pediatria não houve treinamento sobre registros em prontuário e passagem de plantão.

De acordo com CAEETS a partir de 2013 foram desenvolvidas 10-15 ações de capacitação sobre segurança do paciente, que incluíram o desenvolvimento de atividades educativas sobre comunicação efetiva.

ANÁLISE SOBRE META 3 SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Eventos adversos relacionados aos medicamentos nas instituições de saúde em todo mundo são muito frequentes e ocorrem em todas as etapas da cadeia terapêutica, isto é, nas etapas inicial (prescrição), intermediária (dispensação) e final (preparo/administração) afetando consideravelmente os custos do sistema de saúde.

As causas mais comuns de erros de medicação incluem: falhas de comunicação; ambiente de trabalho inadequado; ambiguidades nos nomes dos medicamentos, na escrita e nas instruções de uso; uso de abreviaturas; falhas na execução de procedimentos ou técnicas; falta de conhecimento sobre os medicamentos; problemas no armazenamento e dispensação; problemas de rotulagem ou embalagens semelhantes; violação de regras; falhas na conferência das doses; falta de informação sobre os pacientes; erros de transcrição; falhas na interação com outros serviços; problemas relacionados a bombas e dispositivos de infusão de medicamentos; monitoramento inadequado do paciente; erros de preparo; uso inadequado do medicamento pelo paciente e falta de padronização dos medicamentos (DONALDSON, 2017; WHO, 2017).

Os erros com medicação são multifatoriais, com alto potencial de reincidência, mas potencialmente evitáveis tais como: o uso de abreviações; ausência de informações cruciais como alergias do paciente; forma farmacêutica dos medicamentos; dose e intervalo entre doses. Muitos destes erros ocorrem em circunstâncias semelhantes e se associam direta ou indiretamente às falhas humanas, entretanto, raramente são cometidos por negligência e sim por falhas e inseguranças nos sistemas e processos de trabalho (OLANIYAN, 2014; WHO, 2017).

Dentre as estratégias recomendadas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis está à implantação de barreiras que reduzam, dificultem ou eliminem a possibilidade da ocorrência de erros, tais como: a estratégia de dupla checagem nas diferentes etapas da cadeia terapêutica; a padronização e digitação da prescrição evitando presença de elementos confundidores como identificação incompleta do paciente e sua localização; adoção de protocolos claros e detalhados para utilização de medicamentos com especial atenção aos potencialmente perigosos; revisão contínua da padronização de medicamentos potencialmente perigosos para uso hospitalar e ambulatorial; a

redução do número de alternativas terapêuticas; a centralização dos processos com elevado potencial de indução de erros; a incorporação de alertas automáticos nos sistemas informatizados; melhoria do acesso à informação por profissionais de saúde e pacientes e o monitoramento do desempenho das estratégias de prevenção de erros utilizando indicadores.

Resultados obtidos

1. Existência de protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

1.1 - Seguranças na prescrição de medicamentos.

Constava do questionário: “Existe em seu setor protocolo, Fluxo e/ou diretrizes clínico-assistenciais para padronização da prescrição de medicamentos?”.

Segundo os respondentes da 3^a, 4^a, 6^a, 7^a, 8^a, 10^a enfermarias, hospital dia, hemodiálise, maternidade, ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal e pediatria não existe protocolo para padronização da prescrição de medicamentos.

As chefias de serviço de dois serviços responderam que **EXISTE PROTOCOLO** para padronização da prescrição de medicamentos e que este é total ou parcialmente aplicado por suas equipes, entretanto tal informação não foi corroborada pelo **SERVIÇO DE FARMÁCIA QUE REVELA NÃO EXISTIR PROTOCOLO OU DIRETRIZ QUE NORTEIE ESTE PROCESSO.**

1.2 - Segurança na administração de medicamentos.

Constava no questionário: “Existe em seu setor protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistenciais para padronização da administração de medicamentos?”.

Segundo os respondentes da 3^a, 4^a, 6^a, 7^a, 8^a, 10^a enfermarias, hospital dia, hemodiálise, maternidade, ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal e pediatria não existe protocolo para padronização da prescrição de medicamentos.

1.3- Conhecimento e Aplicação pelas equipes assistenciais sobre os protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados na instituição para Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Constava no questionário: “Os profissionais que atuam no seu setor conhecem o protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistenciais adotadas na instituição para Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos?” / “O protocolo, fluxo e/ou diretrizes clínico-assistencial adotado na instituição para Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos é aplicado pelos profissionais”.

Somente as chefias de serviço informaram que existe protocolo para padronização da prescrição de medicamentos, sendo que dois (2/9) declararam que o protocolo é conhecido pelos profissionais do serviço e destes um declarou que é aplicado totalmente e o outro que é aplicado parcialmente.

2. Utilização de tecnologias ou estratégias recomendadas como barreiras para o risco

2.1 - Constava no questionário: “São utilizadas siglas e abreviações nas prescrições de medicamentos?”.

SIGLAS E ABREVIÇÕES NAS PRESCRIÇÕES	Frequência	Percentual
NÃO	8	61,5
SIM	5	38,5
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.2 - Constava no questionário: “Medicamentos com nomes semelhantes têm prefixos ou sufixos destacados?”.

Segundo os respondentes da 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª enfermarias, hospital dia, hemodiálise, maternidade, ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal e pediatria não existe destaque de prefixos e sufixos nestes tipos medicamentos.

De acordo com as chefias de serviço de duas unidades de internação, uma de adulto e uma infantil, o destaque de prefixos/sufixos de medicamentos com nomes semelhantes é adotado. ESSA INFORMAÇÃO NÃO FOI CORROBORADA PELO SERVIÇO DE FARMÁCIA.

2.3 - Constava no questionário: “A identificação completa com: nome, idade, sexo, número do prontuário e data da prescrição está presente nas prescrições medicamentosas?”.

MEDICAMENTOS COM NOMES SEMELHANTES	Frequência	Percentual
SIM	11	86,6
NÃO	2	15,8
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.4 - Constava no questionário: “A dupla checagem para envio da prescrição a farmácia é realizada?”.

DUPLA CHECAGEM DA PRESCRIÇÃO	Frequência	Percentual
NÃO	7	53,9
SIM	6	46,2
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.5 - Constava no questionário: “Alergias medicamentosas são sinalizadas com registro na própria folha de prescrição?”.

REGISTRO DE ALERGIAS NA PRESCRIÇÃO	Frequência	Percentual
SIM	12	92,3
NÃO	1	7,7
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.6 - Constava no questionário: “Medicamentos suspensos são descritos e assinalados na folha de prescrição?”.

REGISTRO DE SUSPENSÕES	Frequência	Percentual
SIM	10	76,9
NÃO	3	23,1
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.7- Em relação à segurança na administração de medicamentos, constava no questionário:

2.7.1- “O preparo da medicação ocorre em tempo mais próximo ao do horário da administração?”.

PREPARO DA MEDICAÇÃO PRÓXIMO A ADMINISTRAÇÃO	Frequência	Percentual
SIM	12	92,3
NÃO	1	7,7
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.7.2- “O preparo da medicação (reconstituição e diluição) é orientado por Guia de Fármacos?”.

RECONSTITUIÇÃO/ DILUIÇÃO ORIENTADA POR GUIA	Frequência	Percentual
SIM	10	76,9
NÃO	3	23,1
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.7.3- “Os frasco de medicamentos que são armazenados após a reconstituição são identificados com dados como data da reconstituição, hora e validade?”.

IDENTIFICAÇÃO DE FRASCOS RECONSTITUÍDOS	Frequência	Percentual
SIM	7	53,9
NÃO	5	38,5
NÃO SE APLICA	1	7,7
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, TI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.7.4- “As infusões parenterais e enterais são identificadas por rotulagem com dados do paciente?”.

IDENTIFICAÇÃO DE INFUSÕES POR ROTULAGEM	Frequência	Percentual
SIM	11	84,6
NÃO	2	15,4
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.7.5 - “A dupla checagem é realizada antes da administração das medicações?”.

DUPLA CHECAGEM NA ADMINISTRAÇÃO	Frequência	Percentual
NÃO	8	61,5
SIM	5	38,5
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.7.6 - “Dados do paciente como nome e alergias são confirmados verbalmente antes da administração da medicação?”.

VERIFICAÇÃO DO PACIENTE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO	Frequência	Percentual
NÃO	7	53,9
SIM	6	46,2
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.7.7 - “O paciente é informado sobre a medicação que está recebendo?”.

INFORMAÇÃO AO PACIENTE SOBRE MEDICAMENTO QUE SERÁ ADMINISTRADA	Frequência	Percentual
SIM	10	76,9
NÃO	3	23,1
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

De acordo com o serviço de farmácia não há identificação de destaque (uso de sinalizadores) em medicamentos de alta vigilância. Serviços de terapia intensiva apresentam sistema de armazenamento de alguns destes medicamentos a exemplo das aminas vasoativas diferente dos demais medicamentos, entretanto sem destaque de alta vigilância. Não há protocolo implantado na instituição que norteie a identificação e armazenamento dos medicamentos de alta vigilância.

3. Educação Permanente e continuada para conhecimento e aplicação dos Protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para a meta na instituição.

A cerca de treinamentos e capacitações para conhecimento e aplicação de **Protocolos, Fluxos e Diretrizes clínico-assistenciais padronizados para a meta** aplicou-se a seguinte questão aos inquiridos:

3.1 - “Existe treinamento sobre prescrição segura?”.

TREINAMENTO PRESCRIÇÃO SEGURA	Frequência	Percentual
NÃO	11	84,6
SIM	2	15,3
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3.2- “Existe treinamento sobre administração segura?”.

TREINAMENTO ADMINISTRAÇÃO SEGURA	Frequência	Percentual
NÃO	9	69,2
SIM	4	30,8
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

De acordo com CAEETS a partir de 2013 foram desenvolvidas de 10-15 ações de capacitação sobre segurança do paciente, entretanto não foi contemplado o desenvolvimento de atividades educativas sobre Segurança na prescrição, dispensação e administração de medicamentos.

4. Monitoramento, apresentação e discussão de Indicadores assistenciais relacionados à meta de Segurança.

Para a meta Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos são recomendados para monitoramento e análise crítica dos serviços os seguintes indicadores:

1- ***“Taxa de erros na prescrição de medicamentos”*** obtida pela razão: nº de medicamentos administrados com erro de omissão (são os itens prescritos, mas não administrados, isto é, checados), dividido pelo nº total de medicamentos prescritos, vezes 100.

2- ***“Taxa de erros na administração de medicamentos”*** obtida pela razão: nº de medicamentos prescritos com erro, dividido pelo nº total de medicamentos prescritos, vezes 100.

Análises das informações das chefias médicas revelam que em duas unidades é realizado monitoramento da taxa de erros de prescrição de medicamentos. Os demais setores incluindo a farmácia não realizam este monitoramento.

ANÁLISE SOBRE META 4 CIRURGIAS SEGURAS

Estudos de revisão sistemática e de coorte têm demonstrado que quase dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambientes hospitalares estão associados ao cuidado cirúrgico (Vries et al, 2008; Rebase et al 2011).

São muitos os fatores que podem levar uma equipe cirúrgica ao erro, colocando em risco a segurança do paciente. Entre esses fatores, podem-se citar: identificação errada do local e tipo de cirurgia; planejamento do cuidado transoperatório considerando equipamentos, materiais e insumos, medicamentos e hemocomponentes; esterilização inadequada; corpo estranho esquecido no paciente, como instrumentais e compressas; planejamento inadequado dos cuidados no período pós-operatório gerado por falha na comunicação e gerenciamento de vagas, entre outras.

A fim de reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, além de minimizar a ocorrência de outras situações que coloquem em risco o paciente, é amplamente recomendado o uso de estratégias de barreira para esta finalidade. A Lista de Verificação de Cirurgia Segura desenvolvida pela OMS tem demonstrado potencial capacidade para detecção de situações que possam colocar a segurança do paciente em risco, contribuindo para evitar a ocorrência de eventos adversos.

Resultados obtidos

1) Existência de Protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para Cirurgia Segura e treinamentos sobre a temática.

Constavam do questionário as seguintes perguntas:

1.1- “A lista de Verificação para Cirurgia Segura e/ou outro protocolo para cirurgia segura está implantada e é utilizada no serviço?”.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIAS	Frequência
NÃO	2
SIM	0
Total	2

*Setores analisados: Centro cirúrgico Geral e Obstétrico

1.2-“São realizados treinamentos sobre lista de Verificação para Cirurgia Segura e/ou outro protocolo para cirurgia segura?”.

TREINAMENTOS SOBRE A TEMÁTICA	Frequência
NÃO	2
SIM	0
Total	2

*Setores analisados: Centro cirúrgico Geral e Obstétrico

2) Utilização de tecnologias ou estratégias como barreiras para o risco

2.1 -“Existe verificação do consentimento informado na chegada do paciente ao setor?”.

VERIFICAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO	Frequência
NÃO	2
SIM	0
Total	2

* Setores analisados: Centro cirúrgico Geral e Obstétrico

De acordo com as responsáveis pelo serviço de enfermagem o consentimento informado não é utilizado por grande parte das especialidades cirúrgicas, sendo mais comum a presença do termo da anestesia. Entretanto as chefias dos serviços de cirurgia informam o uso do termo de consentimento. No Brasil, não há leis que regulamentem a obrigatoriedade do uso do consentimento informado, bem como não há no Conselho Federal de Medicina e seus Conselhos Regionais resoluções normatizando o uso como documentação obrigatória, porém, em pareceres oficiais, estes conselhos admitem que o uso é ético e legal, e pode ser aplicado na rotina médica assistencial. Estudos de revisão têm demonstrado que o uso do consentimento auxilia na diminuição de riscos e minimiza judicializações em casos de complicações relacionadas aos riscos do próprio procedimento.

2.2 - “É realizada a demarcação da área cirúrgica com paciente acordado?”.

DEMARCAÇÃO COM O PACIENTE ACORDADO	Frequência
NUNCA	2
FREQUENTEMENTE	0
SEMPRE	0
Total	2

*Setores analisados: Centro cirúrgico Geral e Obstétrico

A demarcação da área cirúrgica, de acordo com as chefias de serviço, ocorre fora do centro-cirúrgico.

2.3 - “Os equipamentos da sala de operações são testados antes do início da cirurgia?”.

TESTAGEM DE EQUIPAMENTOS	Frequência
NUNCA	1
SEMPRE	1
FREQUENTEMENTE	0
Total	2

*Setores analisados: Centro cirúrgico Geral e Obstétrico

Como rotina, o centro cirúrgico geral adota a verificação diária dos equipamentos e sua testagem no início de cada plantão, não havendo repetição deste procedimento entre as cirurgias.

2.4 - “Reservas de: hemocomponentes, vagas de CTI, próteses e materiais são verificadas antes do início da cirurgia?”.

CONFIRMAÇÃO DE RESERVAS	Frequência
FREQUENTEMENTE	1
SEMPRE	1
NUNCA	0
Total	2

*Setores analisados: Centro cirúrgico Geral e Obstétrico

2.5 - “Os instrumentais cirúrgicos são contados antes do início da cirurgia e antes da saída do paciente da sala de operações?”.

VERIFICAÇÃO DE INSTRUMENTAIS	Frequência
NUNCA	1
SEMPRE	1
FREQUENTEMENTE	0
Total	2

*Setores analisados: Centros cirúrgicos geral e Obstétrico

2.6 - “As compressas cirúrgicas são contadas conforme são disponibilizadas para cirurgia e antes da saída do paciente da sala de operações?”.

CONTAGEM DE COMPRESSAS CIRURGICAS	Frequência
NUNCA	1
SEMPRE	1
FREQUENTEMENTE	0
Total	2

*Setores analisados: Centro cirúrgico Geral e Obstétrico

2.7 - “Os indicadores de esterilização são afixados no prontuário ou folha específica que seguirá no prontuário?”.

INDICADORES DE ESTERILIZAÇÃO	Frequência
NUNCA	1
FREQUENTEMENTE	1
SEMPRE	0
Total	2

*Setores analisados: Centro cirúrgico Geral e Obstétrico

ANÁLISE META 5

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À

ASSISTÊNCIA A SAÚDE (IRAS)

As Infecções relacionadas à assistência a saúde (IRAS), consistem em eventos adversos. Ameaçam potencialmente a segurança do paciente, tanto pela elevada frequência, quanto pela morbimortalidade associada. As IRAS também elevam consideravelmente os custos no cuidado do paciente, aumentam o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde.

Estudos de revisão têm contribuído para apontar as práticas mais eficazes na prevenção e no controle das IRAS, entre as principais estratégias está a Higienização, que é recomendação universal e prioritária como medida geral para prevenção de todas as IRAS.

Dentre as IRAS mais recorrentes que geram impacto sobre a segurança do paciente estão: as infecções relacionadas aos acessos vasculares, a ventilação mecânica e a propagação de germes multirresistentes.

Considerando para análise os seguintes aspectos:

- 1) Existência de Protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para Higienização das mãos e prevenção das IRAS mais recorrentes e treinamentos sobre a temática;
- 2) Panorama das principais barreiras para prevenção/redução dos riscos indicadas para meta.

Resultados obtidos

1- Existência de Protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para Higienização das mãos e prevenção das IRAS mais recorrentes e treinamentos sobre a temática.

A cerca da existência de **Protocolos, Fluxos e Diretrizes clínico-assistenciais padronizados para a meta** aplicou-se a seguinte questão aos inquiridos:

1.1 - “O protocolo universal para lavagem das mãos, considerando os cinco momentos recomendados pela OMS e MS é adotado em seu setor?”.

Os entrevistados nos 13 setores analisados declararam que o protocolo é adotado.

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

1.2- “Existe protocolo para rastreamento de germes multirresistentes em seu setor e este é adotado de acordo com o fluxo estabelecido pela CCIH?”.

PROTOCOLO PARA RASTREIO	Frequência	Percentual
SIM	10	76,9
NÃO	3	23,1
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

O Hospital Dia e Hemodiálise não realizam rastreamento dada as especificidades do serviço. Na maternidade o entrevistado declarou que não se realiza rastreamento como rotina.

1.3- “Existe protocolo para troca de cateter venoso periférico nesse setor e este é adotado de acordo com o fluxo estabelecido pela CCIH?”.

PROTOCOLO PARA CATETER PERIFÉRICO	Frequência	Percentual
SIM	10	76,9
NÃO SE APLICA	2	15,4
NÃO	1	7,7
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

1.4 - “Existe protocolo para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica neste setor e é adotado?”.

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA	Frequência	Percentual
NÃO	9	69,2
NÃO SE APLICA	2	15,4
SIM	2	15,4
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2- A cerca de treinamentos e capacitações para aplicação de **Protocolos, Fluxos e Diretrizes clínico-assistenciais padronizados para a meta** aplicou-se as seguintes questões aos inquiridos:

2.1- “Há treinamentos periódicos para higienização das mãos?”.

Todos os entrevistados nos 13 setores analisados declararam que existe treinamento periódico para higienização das mãos.

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.2- “Há treinamentos periódicos para rastreio de germes multirresistentes?”.

TREINAMENTO PARA RASTREIO	Frequência	Percentual
SIM	8	61,5
NÃO	5	38,5
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.3- “Há treinamentos periódicos para manipulação de cateteres vasculares e troca de cateteres periféricos com foco na prevenção de infecções e flebites?”.

TREINAMENTO PARA CATETER VASCULAR	Frequência	Percentual
NÃO	9	69,2
SIM	4	30,8
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.4 - “Há treinamentos para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica?”.

TREINAMENTO PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA	Frequência	Percentual
NÃO	11	84,6
SIM	2	15,4
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3- Panorama das principais barreiras para prevenção/redução dos riscos indicadas para meta:

3.1- “São suficientes às quantidades de pias para higienização das mãos de profissionais e visitantes”

3.2-“São suficientes às quantidades de dispensadores de álcool nos pontos de assistência/cuidado para higienização das mãos dos profissionais de saúde”.

Todos os entrevistados nos 13 setores analisados declararam que não é suficiente o número de pias para higienização das mãos de profissionais e visitantes e não é suficiente o número de dispensadores de álcool nos pontos de assistência/cuidado para higienização das mãos dos profissionais de saúde.

*

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3.3- “Presença de Instrumentos para Divulgação dos cinco momentos de lavagem das mãos”.

IDENTIFICAÇÃO DAS PRECAUÇÕES	Frequência	Percentual
SIM	9	69,2
NÃO	4	30,8
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3.4-“Os Equipamentos de Proteção Individual disponibilizados são suficientes para atendimento às precauções para germes multirresistentes e doenças infecciosas”.

Todos os entrevistados nos 13 setores analisados declararam que é parcialmente suficiente os EPI(s) para atendimento às precauções para germes multirresistentes e doenças infecciosas

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3.5- “Equipamentos de proteção individual que sofrem desabastecimento mais frequentemente comprometendo a segurança das precauções estabelecidas para germes multirresistentes e doenças infecciosas”.

EPI(S) QUE MAIS SOFRE DESABASTECIMENTO	Frequência	Percentual
CAPOTE	7	53,8
CAPOTE+ÓCULOS DE PROTEÇÃO	6	46,2
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

OBS: As mascaras / respiradores N95 foram referidos apenas por um setor.

3.6 - “Placas no leito para indicar o tipo de precaução a ser adotada”.

IDENTIFICAÇÃO DAS PRECAUÇÕES	Frequência	Percentual
SIM	11	84,6
NÃO	2	15,4
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

ANÁLISE SOBRE META 6 REDUÇÃO DO RISCO DE QUEDAS E LESÃO POR PRESSÃO

Estudos têm demonstrado ao longo da última década que a hospitalização aumenta, de maneira geral, o risco de queda e lesões por pressão. Isso tem relação com o fato de os pacientes se encontrarem em ambientes que não lhes são familiares, associado à realização de diferentes procedimentos terapêuticos como as múltiplas prescrições e associações de medicamentos, além dos riscos inerentes ao próprio adoecimento e evolução da doença de base (OLIVER et al, 2000; DIKES et al, 2010).

As quedas em hospitais são mais frequentes nas unidades com maior concentração de pacientes idosos, neurologia e reabilitação. Independente de onde e como ocorra, produzem danos em cerca de 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% dos pacientes sofrem danos graves, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. Já as lesões por pressão são mais comuns em pacientes que necessitam de cuidados prolongados com grau de dependência elevados. No entanto, em ambos os casos, a ocorrência destes eventos contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, além de gerar ansiedade na equipe de saúde, produzir repercussões na credibilidade da instituição, e repercussões de ordem legal (BOUSHON et al, 2012; ANVISA, 2013).

A ocorrência destes eventos está associada a diferentes fatores, vinculados tanto ao paciente como ao ambiente físico e à adequação organizacional, sobretudo ao que concerne aos recursos humanos. Entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade, história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos, hipotensão postural e outras condições patológicas como doenças neurológicas e crônicas não transmissíveis como a hipertensão e a obesidade. Aos fatores ambientais e organizacionais destacam-se inadequação de pisos para o ambiente hospitalar (desnívelamento, falta de antiderrapante), presença de objetos largados no chão, altura inadequada de leitos e cadeiras, insuficiência e inadequação quantitativa dos recursos humanos vinculados à prática assistencial (MIAKE-LYE et al, 2013; ANVISA, 2013).

Resultados obtidos

1) **Existência de Protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para a meta na instituição.**

1.1 – Constava no questionário: “Existe protocolo, fluxos e/ou diretrizes clínico-assistenciais que oriente a detecção de risco e prevenção de quedas em seu setor?”

PROTOCOLO DETECÇÃO DE RISCO E PREVENÇÃO DE QUEDAS	Frequência	Percentual
NÃO	13	100,00%
SIM	0	00,00%
Total	13	100,00%

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

1.2 Constava no questionário: “Existe Protocolo, Fluxos e/ou Diretrizes clínico-assistenciais que oriente a detecção de risco e prevenção de lesões por pressão em seu setor?”

PROTOCOLO PREVENÇÃO LESÃO POR PRESSÃO	Frequência	Percentual
SIM	9	69,2
NÃO SE APLICA	2	15,4
NÃO	2	15,4
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2) **Conhecimento e Aplicação dos Protocolos, fluxos e diretrizes clínico-assistenciais padronizados para a meta na instituição.**

Constava no questionário os seguintes questionamentos:

2.1 “Todos os profissionais e estudantes em seu setor conhecem o protocolo?”

CONHECIMENTO SOBRE O PROTOCOLO PREVENÇÃO LESÃO POR PRESSÃO	Frequência	Percentual
NÃO	7	53,8
SIM	3	23,1
NÃO SE APLICA	3	23,1
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.2 “O protocolo é aplicado em seu setor?”.

APLICAÇÃO DO PROTOCOLO PREVENÇÃO LESÃO POR PRESSÃO	Frequência	Percentual
SIM	6	46,2
NÃO	4	30,8
NÃO SE APLICA	3	23,1
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.3 “Há treinamentos sobre o tema?”.

TREINAMENTO PREVENÇÃO LESÃO POR PRESSÃO	Frequência	Percentual
SIM	10	76,9
NÃO	3	23,1
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.4 “Há treinamentos sobre avaliação e emprego das escalas de avaliação?”.

TREINAMENTO PREVENÇÃO LESÃO POR PRESSÃO	Frequência	Percentual
SIM	7	53,8
NÃO	6	46,7
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

2.5 “A escala de avaliação de risco padronizada é aplicada por profissionais de diferentes categorias?”.

PROTOCOLO PREVENÇÃO LESÃO POR PRESSÃO	Frequência	Percentual
NÃO	9	69,2
NÃO SE APLICA	2	15,4
SIM	2	15,4
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3) **Utilização de tecnologias ou estratégias recomendadas como barreiras para o risco.**

3.1- “Há uso de escalas de avaliação de risco para quedas no setor?”.

3.2- “Há atenção aos calçados e outros dispositivos utilizados pelos pacientes com intervenção educativa pela equipe de saúde?”.

Os entrevistados nos 13 setores analisados declararam que não são utilizadas escalas para avaliação do risco de quedas, nem é feita revisão dos calçados para intervenção educativa.

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3.3- “Há revisão periódica da medicação e aprazamento com vistas à prevenção de quedas?”.

REVISÃO PERIÓDICA DA MEDICAÇÃO E APRAZAMENTO	Frequência	Percentual
SIM	10	76,9
NÃO	3	23,1
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3.4- “Todos os leitos que têm grades estão funcionando?”.

Os entrevistados nos 13 setores analisados declararam que todos os leitos têm grades em funcionamento.

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3.5- “A quantidade de colchões pneumáticos está adequada para o atendimento a sua demanda?”.

ADEQUAÇÃO DA QUANTIDADE DE COLCHÕES PNEUMÁTICOS DE ACORDO COM A DEMANDA	Frequência	Percentual
NÃO	6	46,2
NÃO SE APLICA	4	30,8
SIM	3	23,0
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3.6-“A quantidade de cremes de barreira está adequada para o atendimento a sua demanda?”.

ADEQUAÇÃO DA QUANTIDADE DE CREMES DE BARREIRA DE ACORDO COM A DEMANDA	Frequência	Percentual
SIM	6	46,2
NÃO SE APLICA	4	30,8
NÃO SE APLICA	3	23,0
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

3.7- “A quantidade de profissionais de enfermagem está adequada para o atendimento a sua demanda?”.

ADEQUAÇÃO DA QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE ACORDO COM A DEMANDA	Frequência	Percentual
SIM	9	69,2
NÃO SE APLICA	2	15,4
NÃO	2	15,4
Total	13	100,0

*Setores analisados: 3ª, 4ª, 6ª, 7ª, 8ª, 10ª, Hospital Dia, Hemodiálise, Maternidade, Ortopedia, CTI adulto, CTI neonatal, Pediatria.

Monitoramento, apresentação e discussão de Indicadores assistenciais relacionados à meta de Segurança.

Para a meta são recomendados para monitoramento e análise crítica dos serviços os seguintes indicadores:

1- “**Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão**” obtida pela razão: Número de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão, dividido pelo número de pacientes, vezes 100.

2-“**Índice de quedas**” obtidas pela razão: Número de quedas dividido pelo número de pacientes-dia, vezes 1000.

3- “**Número de quedas que resultaram em dano ao paciente**” obtida pelo registro mensal/periódico do número de quedas que resultaram em dano ao paciente.

4- **“Número de quedas sem dano ao paciente”** obtida pelo registro mensal/periódico do número de quedas que não resultaram em dano ao paciente.

5- **“Percentual de pacientes que receberam avaliação diária do risco de Lesão por pressão (LPP)”** obtida pela razão: Número de pacientes recebendo avaliação diária para risco LPP, dividido pelo número de pacientes, vezes 100.

6- **“Incidência de lesão por pressão (LPP)”** obtida pela razão: Número de casos novos de pacientes com UPP em um determinado período, dividido pelo número de pessoas expostas ao risco de adquirir UPP (pacientes internados) no período, vezes 100.

Nenhuma das unidades de internação realiza este procedimento.

A Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas (CPTF) registra mensalmente o número de lesões por pressão identificadas, bem como o tipo de feridas e total de casos registrados em cada setor.

Os casos são encerrados para análise quadrimestralmente e são periodicamente divulgados nas unidades de internação.

REFERÊNCIAS

1-Challenges and opportunities to prevent transfusion errors: a Qualitative Evaluation for Safer Transfusion (QUEST). Nancy M. Heddle, Mark Fung, Tor Hervig, Zbigniew M. Szczepiorkowski, Lorella Torretta, Emmie Arnold, Shannon Lane, Michael F. Murphy, BEST Collaborative Transfusion. 2012 Aug; 52(8): 1687–1695. Published online 2012 Jan 9. doi: 10.1111/j.1537-2995.2011.03514.x

2-Donaldson, LJ, Kelley, ET, Dhingra-Kumar, N, Kieny, M-P, Sheikh, A. medication without harm: WHO's Third global patient safety challenge. Lancet. 2017;389:1680-681.

3-Dykes PC, Carroll DL, Hurley A, Lipsitz S, Benoit A, Chang F, et al. Fall prevention in acute care hospitals: a randomized trial. JAMA 2010; 304(17): 1912-8.

4-Gouvêa, CSD de, de Gouvêa, CSD, Travassos, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública. 2010; 26: 1061-78.

5-Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Identificação do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>

6-National Center for Patient Safety : <http://www.patientsafety.gov/>

7-National Patient Safety Agency: <http://www.npsa.nhs.uk/>

8-Olaniyan, JO, Ghaleb, M, Dhillon, S, Robinson, P. Safety of medication use in primary care. Int. J. Pharm. Pract. 2014;23:3-20.

9-Oliver D, Hopper A, Seed P. Do hospital fall prevention programs work? a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2000;48(12):1679-1689.

10-Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: Edipucrs; 2013. Disponível em: http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf

11-Sevdalis N ; Norris B ; Ranger C; et al. Closing the safety loop: evaluation of the National Patient Safety Agency's guidance regarding wristband identification of hospital inpatients. J Eval

12-Clin Pract. 2009; 15: 311-315

13-Sevdalis N, Norris B, Ranger C, Bothwell S. Closing the safety loop: evaluation of the National Patient Safety Agency's guidance regarding wristband identification of hospital inpatients. J Eval Clin Pract. 2009;15(2):311-5

14-The Joint Commission. Changing colors: unifying wristband use improves patient safety. Briefings on The Joint Commission. 2004;25(6):1-4. Disponível em: <http://www.hcpro.com/content/304480.pdf>

15-WHO. Medication without harm: WHO's Third global patient safety challenge. 2017. [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>.

16-World Health Organization. Joint Commission Resources. Joint Commission International. Patient Safety Solutions. Solution 2: patient identification [Internet]. Geneva; 2007. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions>

CRÉDITOS

GRUPO GESTOR DO HUGG

Prof. Dr. Fernando Ferry – Superintendente EBSEH/HUGG

Sergio Luiz Teixeira de Aquino – Gerência de Atenção a Saúde EBSEH/HUGG

Prof. Jorge Francisco da Cunha Pinto - Gerência Administrativa EBSEH/HUGG

Prof. Dr. Pedro Portari Filho – Gerencia de Ensino e Pesquisa EBSEH/HUGG

EQUIPE TÉCNICA NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE 2018

Prof^ª. Dra. Maria Aparecida Patroclo – Médica / Professora adjunta do ISC/Responsável técnica pelo Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Raphael Dias de Mello Pereira – Enfermeiro do Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Rose Marie Liao – Técnica administrativa do Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Isis Mattos de Carvalho – Técnica de enfermagem do Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

ADMINISTRATIVOS

Adolfo Junior e Rodrigo Telles

UNIDADE DE GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

Wilton Ferreira - Coordenador

Danusa Ramos – Enfermeira

Andressa Ladislau da Silva – Técnica de enfermagem

PARTICIPAÇÃO NA PRODUÇÃO DESTE RELATÓRIO

CONCEPÇÃO E ELABORAÇÃO

Prof^ª. Dra. Maria Aparecida Patroclo – Médica / Professora adjunta do ISC/Responsável técnica pelo Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Raphael Dias de Mello Pereira – Enfermeiro do Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

COLETA DE DADOS

Raphael Dias de Mello Pereira – Enfermeiro do Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Isis Mattos de Carvalho – Técnica de enfermagem do Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Renata Dantas – Estagiária de nutrição do Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

Estudantes do nono período da EMC durante estágio no Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente:

Annelise Calmann Santana

Gabriel Avellar Resende

Gabrielly Saraiva Porto Garcia

Giovana Figueira Rodrigues

Sarah Caetano Teixeira

Viviane Primo Basilio de Souza

DIGITAÇÃO DE BANCO DE DADOS

Renata Dantas

Adolfo Junior

Rodrigo Telles

REVISÃO ORTOGRÁFICA E GRAMATICAL

Luana Marques

ARTE E DIAGRAMAÇÃO

Adolfo Junior

**AGRADECIMENTOS ESPECIAIS A TODOS OS PARTICIPANTES DAS
ENTREVISTAS.**