UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALINE TOGNI BRAGA

**MÉTRICA DE INDICADORES ASSISTENCIAIS DE
HOSPITAIS CERTIFICADOS DO INTERIOR DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO
2015

ALINE TOGNI BRAGA

**MÉTRICA DE INDICADORES ASSISTENCIAIS DE
HOSPITAIS CERTIFICADOS DO INTERIOR DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para fins a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta M. Melleiro

SÃO PAULO

2015

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

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Braga, Aline Togni

Métrica de indicadores assistenciais de hospitais certificados do interior do Estado de São Paulo / Aline Togni Braga. São Paulo, 2015.

192 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Maria Melleiro

Área de concentração: Fundamentos e práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Assistência à saúde – qualidade. 2. Indicadores de qualidade. 3. Garantia da qualidade. I. Título.

Nome: Aline Togni Braga

Título: Métrica de indicadores assistenciais de hospitais certificados do Interior do Estado de São Paulo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para fins a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos amores da minha vida:

*Minhas filhas: **Laís e Livia***

*Meu marido: **Evandro***

*Meus pais: **Nelson e Graça***

Sem eles este trabalho não teria sido da mesma forma.

AGRADECIMENTOS

A Deus

Toda a minha vida é guiada pelo Senhor, tudo devo a Ele!

Aos meus pais

Nelson e Graça, meus exemplos de vida, que me ensinaram tudo que sou hoje. Sou grata a Deus, todos os dias, por ter colocado vocês na minha vida.

Ao meu marido

Evandro, meu amor, meu amigo, meu amado companheiro de todas as horas.

As minhas filhas

Laís e Lívia, minhas bebês, descobri o sentido da palavra “*amor incondicional*” depois que vocês fizeram parte da minha vida.
Amo muito vocês!

A minha família

Vó Clô, tia Bel, prima Lisa, sogra Vera, irmão Rafa, sobrinho Murilo, vocês são muito especiais e moram no meu coração.

A minha orientadora e amiga

Marta Maria Melleiro, por seus ensinamentos e sua compreensão nos momentos em que mais precisei de orientação no decorrer desta tese.

A minha equipe de trabalho

Ellen, Joaquim e Mirana, pelo apoio; pois cada um de vocês contribuiu, de maneira singular, para a concretização deste trabalho.

A minha amiga

Tabatha, minha “irmã”, mesmo estando muito longe, você sempre esteve ao meu lado nos momentos mais difíceis da minha vida.

Minha companheira de luta

Mileide, por suas valiosas contribuições e por me dar seu ombro amigo nos momentos em que precisei de apoio.

Aos membros da banca de qualificação

Pelas valiosas contribuições realizadas para o aprimoramento desta tese

Aos hospitais

Que abriram “as portas” para minha coleta de dados e por serem instituições que acreditam que a produção científica pode, de fato, contribuir para uma assistência mais segura aos pacientes.

Agradeço a todos, que direta ou indiretamente, fizeram parte da minha vida e desta minha caminhada.

BRAGA, AT. Métrica de indicadores assistenciais de hospitais certificados do Interior do Estado de São Paulo. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: Indicadores são instrumentos relevantes na sinalização de problemas reais ou potenciais que auxiliam no diagnóstico situacional e possibilitam que intervenções sejam implementadas para a melhoria do resultado da assistência prestada ao paciente.

Objetivos: Avaliar a série histórica dos indicadores assistenciais empregados em hospitais após a acreditação pela Organização Nacional de Acreditação – ONA; delinear as intervenções propostas frente às não conformidades, oriundas da métrica dos indicadores; comparar as séries históricas dos hospitais com diferentes níveis de acreditação e projetar as séries históricas dos indicadores nos hospitais nos próximos cinco anos. **Método:** Estudo quantitativo, documental e retrospectivo, desenvolvido em cinco hospitais acreditados pelo Programa Brasileiro de Acreditação – ONA nível 1,2 e 3, localizados no interior do Estado de São Paulo e integrantes do Departamento Regional de Saúde – DRS VII. A análise dos dados ocorreu pela estatística descritiva e para a projeção dos dados foi utilizado o Modelo Auto-Regressivo Integrado de Média Móvel (ARIMA). **Resultados:** Os eventos foram distribuídos em: 13,9% erros de medicação, 8,7 quedas de paciente, 7,1% de úlceras por pressão (UP), 4,4% de saídas não planejada de sondas oro/nasogastroenteral, 4,3% de extubações não planejada e 2,9% de flebites. Com relação a caracterização dos hospitais, a maioria era filantrópico (80,0%), nível de atenção terciário (80,0%), com nível de acreditação 1 (40,0%), 2 (40,0%) e 3 (20,0%). Na análise comparativa entre o desempenho das instituições frente aos indicadores podemos notar que as instituições com maior tempo e

maior nível de acreditação demonstraram valores bastante significativos no que tange ao quantitativo nas notificações de seus eventos. Na análise das principais intervenções adotadas para melhoria do indicador destacam as capacitações (100,0%) no indicador de erro de medicação e flebite; na UP (100,0%) e na extubação não planejada (80,0%) foi a alteração ou implantação de protocolos de prevenção; no evento saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, 80,0% das instituições adotaram a participação de outros profissionais na melhoria do resultado do indicador. **Considerações finais:** Os achados desta pesquisa contribuíram para outras organizações, sobretudo ao utilizar-se das intervenções aplicadas pelas instituições pesquisadas, outra contribuição é que as instituições participantes poderão utilizar-se dos dados projetados para intervenções necessárias no desempenho do indicador.

PALAVRAS CHAVES: Qualidade da assistência à saúde; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

Braga, AT. Metric assistance indicators of certificated hospitals in the country side of São Paulo State [Thesis]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Indicators are relevant instruments in signaling actual or potential problems that assist in situational diagnosis and enable interventions to be implemented to improve the outcome of patient care.

Objectives: Evaluate the historical series of welfare indicators used in hospitals after the accreditation by the National Accreditation Organization – NAO; outline the proposed interventions in the face of non-compliance arising from the metric indicators; compare the historical series of hospitals with different levels of accreditation and project the historical series of indicators in hospitals over the next five years.

Methodology: Quantitative, documentary and retrospective study, conducted in five hospitals accredited by the Brazilian Program Accreditation – NAO level 1, 2 and 3, located within the state of São Paulo and members of the Regional Department of Health - DRS VII. Data analysis was by descriptive statistics and for the projection of the data we used the Model Auto-Regressive Integrated Moving Average (MARIMA).

Results: The events were distributed as follows: 13.9% of medication errors, patient falls 8.7, 7.1% of pressure ulcers (PU), 4.4% of output unplanned probes oro/nasogastroenteral, 4.3 % of unplanned extubation and 2.9% of phlebitis. Regarding the characterization of hospitals, most were philanthropic (80.0%), tertiary care (80.0%), with accreditation of Level 1 (40.0%), 2 (40.0%) and 3 (20.0%). In the comparative analysis between the performance

of institutions across the indicators we can see that institutions with longer and higher level of accreditation have demonstrated quite significant values with respect to the quantitative in the notifications of their events. In the analysis of the main interventions taken to improve the indicator highlight the capabilities (100.0%) in the medication error indicator and phlebitis; in PU (100.0%) and unplanned extubation (80.0%) was the change or implement prevention protocols; in unplanned event output oro/nasogastroenteral probe, 80.0% of institutions have adopted the participation of other professionals in improved outcome indicator.

Final Considerations: The findings of this research contributed to other organizations, especially when used of the interventions implemented by the institutions surveyed, another contribution is that the participating institutions may use up the data necessary interventions designed to gauge performance.

Key Words: Quality of health care; Quality indicators in health care; Quality of health care guarantee.

Braga, AT. Metrica de indicadores de asitencia del interior del Estado de Sao Paulo [Tesis]. São Paulo: Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo;2015.

RESUMÉN

Introducción: Los indicadores son instrumentos pertinentes en la señalización de los problemas reales o potenciales que ayudan en el diagnóstico de la situación y permiten implementar intervenciones para mejorar el resultado de la atención al paciente.

Objetivos: Evaluar la serie histórica de los indicadores de bienestar utilizados en los hospitales después de la acreditación por parte de la Organización Nacional de Acreditación – ONA; delinear las intervenciones propuestas en ante el incumplimiento derivado de los indicadores métricos; comparar la serie histórica de los hospitales con diferentes niveles de acreditación y proyectar la serie histórica de los indicadores en los hospitales durante los cinco años siguientes.

Método: Cuantitativa, documental y retrospectivo, realizado en cinco hospitales acreditados por el Programa Brasileño de Acreditación - ONA nivel 1,2 y 3, que se encuentra en el estado de São Paulo y los miembros de la Departamento regional de Salud – DRS VII. El análisis de datos fue mediante estadística descriptiva y para la proyección de los datos se utilizó el Modelo de Auto-Regresivo Integrado de Media Móvil (ARIMA).

Resultados: Los eventos se distribuyeron de la siguiente manera: el 13,9% de los errores de medicación, el paciente cae 8,7, el 7,1% de las úlceras por presión (UPP), 4,4% de salidas no programadas de sondas oro/nasogastroenteral, 4.3 % de la extubación no planificada y el 2,9% de flebitis. En cuanto a la caracterización de los hospitales, la mayoría eran filantrópicos (80,0%), de atención terciaria (80,0%),

con acreditación de nivel 1 y 2 (40,0%) y 3 (20.0%). En el análisis comparativo entre el desempeño de las instituciones a través de los indicadores, podemos ver que las instituciones con nivel de acreditación más largo y más alto han demostrado valores muy significativos con respecto a la cuantitativa en las notificaciones de sus eventos. En el análisis de las principales intervenciones adoptadas para mejorar el indicador resaltan las capacitaciones (100,0%) en el indicador de error de medicación y flebitis; en UP (100,0%) y en la extubación no planificada (80,0%) fue el cambio o el implementar de protocolos de prevención; en los eventos de salida de la sonda oro/nasogastroenteral __, el 80,0% de las instituciones han adoptado la participación de otros profesionales para un mejor indicador de resultado.

Consideraciones finales: Los hallazgos de esta investigación contribuyeron a otras organizaciones, sobretodo cuando se utiliza una de las intervenciones llevadas a cabo por las instituciones encuestadas, otro aporte es que las instituciones participantes pueden utilizar datos las intervenciones necesarias diseñados para medir el rendimiento.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la atención de la salud; Los indicadores de calidad en los servicios de salud; Calidad de la garantía de asistencia sanitaria.

“Não se gerencia o que não se mede,
Não se mede o que não se define,
Não se define o que não se entende,
Não há sucesso no que não se gerencia”
(W. Edwards Deming)

Sumário

CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	17
EIXO NORTEADOR	21
OBJETIVOS	23
CAPÍTULO 1	
QUALIDADE E AVALIAÇÃO DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES	25
CAPÍTULO 2	
SISTEMAS DE ACREDITAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	29
ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA).....	36
ACCREDITATION CANADA INTERNACIONAL (ACI).....	39
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI).....	40
CAPÍTULO 3	
SEGURANÇA DO PACIENTE E FERRAMENTAS DE QUALIDADE.....	44
CAPÍTULO 4	
INDICADORES COMO FERRAMENTAS PARA RETRATAR A REALIDADE INSTITUCIONAL	53
CAPÍTULO 5	
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	61
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	61
5.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	61
5.3 LOCAL.....	61
5.4 MATERIAL.....	67
5.5 COLETA DOS DADOS.....	69
5.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	71
CAPÍTULO 6	
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	73
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES.....	73
6.2 DESCRIÇÃO DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS.....	75
6.2.1 ERRO DE MEDICAÇÃO.....	77
6.2.2 QUEDA DE PACIENTE.....	85
6.2.3 ÚLCERA POR PRESSÃO (UP).....	91

6.2.4	SAÍDA NÃO PLANEJADA DE Sonda ORO/NASOGASTROENTERAL.....	98
6.2.5	EXTUBAÇÃO NÃO PLANEJADA.....	104
6.2.6	FLEBITE.....	111
6.3	COMPARATIVO DAS SÉRIES HISTÓRICAS ENTRE AS INSTITUIÇÕES COM DIFERENTES NÍVEIS DE ACREDITAÇÃO	117
CAPÍTULO 7		
	INTERVENÇÕES REALIZADAS PELAS INSTITUIÇÕES FRENTE AOS RESULTADOS DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS	122
CAPÍTULO 8		
	PROJEÇÕES DOS INDICADORES PARA O PRÓXIMO QUINQUÊNIO (2014 a 2018)	151
	CONCLUSÃO	163
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
	REFERÊNCIAS	171
	APÊNDICES.....	188
	ANEXO	190

CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A qualidade e a segurança do paciente nas instituições de saúde vêm sendo consideradas questões essenciais desses serviços. Assim sendo, as organizações de saúde têm buscado, continuamente, estratégias para garantir um atendimento seguro e livre de danos resultantes de não conformidades. Para isso, em 2014, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), importante documento cujo objetivo é contribuir para a qualificação da assistência à saúde dando prioridade à segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde (PNSP, 2014).

Nesse contexto, atuando, desde 2008, na coordenação de um Serviço de Qualidade de um hospital universitário, como docente em um curso de pós-graduação *lato sensu*, ministrando a disciplina de Gestão da Qualidade, e como membro da Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente, venho adotando políticas junto ao corpo diretivo dessa instituição, ao corpo docente e à equipe multidisciplinar de saúde, bem como desenvolvendo ações voltadas para a implantação e implementação de uma assistência segura para o paciente.

Dentre essas ações, salienta-se a adoção, pela referida instituição, do processo de acreditação hospitalar, na tentativa de abrir mais um espaço de reflexão e discussão entre os profissionais de saúde, acerca das temáticas qualidade e segurança do paciente. Nessa direção, a metodologia escolhida foi a da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que objetiva certificar, no Nível I, os recursos físicos, materiais, financeiros, organizacionais, humanos e de gestão da segurança.

Em se tratando de qualidade, o Ministério da Saúde do Brasil (2009) aponta a qualidade como o grau de atendimento a padrões pré-estabelecidos, frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como os conhecimentos técnicos científicos atuais.

Entretanto, será que esse processo de certificação vem,

efetivamente, mudando o cenário da qualidade em saúde nas instituições?

O conceito de qualidade em saúde é complexo e, nos últimos anos, com o crescente interesse em defini-lo, foi inevitável que nos reportássemos ao conceito estabelecido por Avedis Donabedian, que embora tenha sido formulado há décadas é, ainda, um dos mais empregados nos serviços de saúde.

Para Donabedian (1988,1992a), qualidade em saúde é definida como um conjunto de atributos que inclui um determinado nível de excelência profissional, ou seja, o uso eficiente de recursos e um mínimo risco ao usuário. A qualidade pode ser, ainda, referida como a satisfação das necessidades dos usuários, considerando os valores sociais existentes.

Nesse sentido, para atingirmos a excelência nos serviços de saúde, torna-se imperativo compreender que as instituições hospitalares possuem várias características que as diferenciam dos demais setores sociais, por ser um trabalho dinâmico, que depende da qualificação profissional, emprega tecnologia de ponta e possui relação direta entre o usuário e o fornecedor (Cerqueira, 2009).

Assim, a falta de qualidade e, conseqüentemente, de segurança nos serviços de saúde pode acarretar sérios danos para os profissionais e para os sistemas de saúde.

Segundo Kuschnir, et al. (2011), para que um serviço de saúde tenha a garantia da qualidade, ele deve estar conectado a outros serviços de saúde de diferentes complexidades e a outros setores como o educacional, o de ciência e tecnologia, o de transporte e de infraestrutura, os quais articulados ao setor saúde, lhe darão base para assistência de qualidade.

A citada relevância da interdisciplinaridade é preconizada pelos órgãos de acreditação. Dessa forma, é necessário que as estruturas e os processos estejam interligados entre si, pois o funcionamento de um componente interfere em todo conjunto e no resultado institucional. Sendo assim, no processo de avaliação não

se avalia apenas um setor isoladamente, e sim o todo de uma organização (ONA, 2010).

Frente ao exposto, é possível inferir que a qualidade é vista como um parâmetro da avaliação, cabendo à área de avaliação dos serviços de saúde o papel de disseminar os conceitos de qualidade e estimular os serviços de saúde a alcançarem padrões mais elevados de atendimento (Braga, 2009).

Nessa perspectiva, as instituições de saúde vêm buscando meios de avaliar seus processos de trabalho, em conformidade com as necessidades e expectativas de seus usuários, familiares e de seus profissionais, tornando-se imperativo que ferramentas sejam empregadas, no intuito de possibilitar a aferição da qualidade.

Por conseguinte, venho questionando se o processo de acreditação, adotado pela instituição em que atuo e em outros estabelecimentos de saúde, tem contribuído para a melhoria dos processos assistenciais, no que tange à métrica dos indicadores monitorados nesses serviços.

EIXO NORTEADOR

Figura 1 - Esquema demonstrativo da construção do estudo em quatro eixos. Interior do Estado de São Paulo, 2015

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

OBJETIVOS

Objetivo geral

- Avaliar a série histórica dos indicadores assistenciais empregados em hospitais, após a acreditação pela ONA.

Objetivos específicos

- Delinear as intervenções propostas frente às não conformidades, oriundas da métrica dos indicadores;
- Comparar as séries históricas dos hospitais com diferentes níveis de acreditação;
- Projetar a séries históricas dos indicadores nos hospitais nos próximos cinco anos.

CAPÍTULO 1

QUALIDADE E AVALIAÇÃO DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Inúmeras são as definições sobre o termo qualidade, tanto na área empresarial como nas instituições de saúde e em outras esferas.

Definir a qualidade não é uma tarefa fácil, isso porque ela não diz respeito a apenas um aspecto isolado. Ademais, o primeiro passo para defini-la é considerá-la como um conjunto de elementos ou atributos que compõem o serviço ou produto. Sob essa ótica, a qualidade envolve simultaneamente muitos aspectos, uma multiplicidade de itens, e sofre alterações conceituais ao longo do tempo. Trata-se de um processo evolutivo (Paladini, 2007).

A Figura 2 demonstra de forma sistematiza a mudança global do enfoque relativo à qualidade.

Figura 2 – Demonstrativo da inter-relação das eras da qualidade.

Fonte: Barçante, LC. Qualidade Total: uma visão brasileira, o impacto estratégico na universidade e na empresa. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

No Brasil a gestão da qualidade como é conhecida, atualmente, teve seu princípio no final dos anos 80 até o início dos anos 90, quando ganhou grande importância em diversos setores, incluindo o setor saúde, que passaram a avaliar todo o seu processo, tendo como foco principal o usuário (Grajales et al., 2011).

No setor saúde, um dos estudiosos que difundiu de forma abrangente o conceito qualidade foi Avedis Donabedian, que fundamentado na Teoria Geral dos Sistemas emprega os três componentes básicos na avaliação dos serviços de saúde: estrutura, processo e resultado. Esses três componentes são caracterizados pela assistência de saúde organizada e equipada com recursos humanos e materiais adequados e suficientes (estrutura); como se dá a organização do processo de trabalho (processo) e quais foram os desfechos (resultado) da assistência (Donabedian, 1988).

Nesse raciocínio, Donabedian (1980) considera que o produto atribuído aos serviços de saúde é o cuidado, portanto, a qualidade do cuidado é assegurar ao paciente a melhor e mais completa assistência, considerando os benefícios e danos (resultados) de todo o processo de cuidar. Em suma, “A qualidade na atenção à saúde consiste na obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o paciente, e ao menor custo”.

Para que a qualidade seja alcançada, é imprescindível que a instituição organize seus recursos de forma mais efetiva em resposta à necessidade sentida, com segurança, sem desperdício e de acordo com elevado nível e respeito ao direito humano (OMS, 2008).

No entanto, para que a qualidade perpassasse todos os níveis (estratégico e operacional) de uma instituição é necessária uma política de qualidade. Paladini (2007) reforça essa ideia quando afirma que não é possível estruturar o processo de Gestão da Qualidade sem que seja definida, conhecida e bem compreendida a política que a organização adotará em relação à qualidade.

Para tanto, tem-se que a definição da política de qualidade da instituição acontece na esfera da alta administração, uma vez que envolve a tomada de muitas decisões que extrapolam as dimensões da área operacional.

Oliveira (2009) reforça que o compromisso do corpo diretivo com a qualidade deve constituir-se em um documento que serve como um guia filosófico para as ações gerenciais, técnicas e

operacionais, e possibilita sua divulgação, para os usuários externos, quanto ao comprometimento da empresa para com a qualidade.

Outrossim, identifica-se que a qualidade em saúde busca a aplicação de uma prática segura para assistir pacientes nas instituições de saúde (WHO, 2009). Assim, vários autores vêm considerando a segurança como mais um pilar da qualidade em saúde (Kristensen, Maniz, Bartels, 2007; Mcdonald et al., 2008).

Sob essa ótica, a segurança do paciente passa a ser primordial para os serviços que têm como missão a beneficência, e não maleficência para com seus usuários.

A partir dessa concepção, existem inúmeras iniciativas tomadas no intuito de fomentar as questões relacionadas à segurança do paciente. Dessa forma, em se tratando de qualidade, os resultados encontrados submetem – como uma das ferramentas de otimização dos serviços – a busca pelos processos de creditações hospitalares.

Assim sendo, no capítulo a seguir discorreremos sobre os sistemas de acreditação em saúde.

CAPÍTULO 2

SISTEMAS DE ACREDITAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Atualmente, as instituições de saúde têm, cada vez mais, demonstrado interesse pelos processos de acreditação, tanto pela tentativa de garantir uma assistência segura aos pacientes, como pela exigência do mercado, acreditando que a certificação estabelece um sistema de avaliações de uma série de requisitos e padrões e que esse diagnóstico contribuirá para a melhoria da qualidade.

A preocupação dos profissionais de saúde e de pesquisadores com os problemas relacionados à segurança dos pacientes não é recente. Entretanto, um maior movimento de ações vinculadas a uma prática segura tem sido uma questão recente e de crescente relevância (Clancy, 2005).

Um modelo de acreditação hospitalar deve ter efetiva responsabilidade em medir o desempenho, promover melhorias, e ter, também, a responsabilidade com os usuários (Bonato, 2011).

Tofolletto (2008) advoga que modelos de acreditação de serviços de saúde, tanto nacionais como internacionais, têm contribuído, satisfatoriamente, para a segurança do paciente.

A acreditação hospitalar surgiu há mais de cem anos, em 1912, na América do Norte, com o Colégio Americano de Cirurgiões que, em 1950, aliando-se ao Colégio Americano de Clínicos e à Associação Canadense de Hospitais, criou a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Porém, somente na década de 70, os padrões de assistência foram finalmente, divulgados. Em 1987, a JCAH ampliou suas atividades, passando a ser intitulada como *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), com características de monitoramento da assistência propriamente dita e do desempenho organizacional. Um ano depois, foi incluída também a assistência domiciliar e, ultimamente, toda a rede de serviços de saúde, conhecida, hoje, como *Joint Commission International* - JCI (Rothbath, 2011; Lima; Erdmann, 2006).

No entanto, muito anterior à criação de entidades acreditadoras, Hipócrates no século IV a.C deixava como legado o

conceito de *primun non nocere*.

Os primeiros padrões voltados à gestão da qualidade da assistência de saúde surgiram na Guerra da Criméia, em 1855, quando a enfermeira Florence Nightingale desenvolveu práticas sistemáticas para redução dos danos inerentes ao atendimento aos feridos (Zanon, 2001; Neuhauser, 2003).

A origem da acreditação de serviços de saúde tem sua origem nos trabalhos do cirurgião emérito do Hospital da Universidade de Harvard – Dr. Ernest Amory Codman (1869-1940) – que, profundamente comprometido com a qualidade da assistência, ajudou a fundar o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC). Em 1917, esse Colégio desenvolveu uma proposta de "Padrões Mínimos para Hospitais". Em 1918, o CAC visitou 692 hospitais, dos quais somente 89 atendiam os requerimentos desses padrões mínimos; porém, em 1950, esse quantitativo ultrapassava 3.000 hospitais. Nessa época, o Colégio Americano de Clínica Médica, a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana e a Associação Médica do Canadá associam-se ao CAC para fundar a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, organização não governamental, cujo objetivo era oferecer a acreditação (Novaes, 2007).

No Brasil, a preocupação com a qualidade da assistência hospitalar remonta à década de 40. Em 1941, foi criada a Divisão de Organização Hospitalar, no Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde. As atribuições dessa Divisão incluíam: o incentivo à melhoria de instituições e serviços de assistência; o estabelecimento de normas e padrões para a instalação, a organização e o funcionamento de serviços técnicos e administrativos hospitalares; o cadastramento de estabelecimentos hospitalares e demais órgãos de assistência à saúde e a realização de inspeções de cunho técnico-administrativo. A partir de modelos e padrões utilizados pela Associação Americana de Hospitais, houve uma adaptação da assistência à saúde para as necessidades

nacionais (Schiesari, Kisil, 2003).

Em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que logo, em 1952, delegou oficialmente o programa de acreditação a JCAHO.

A primeira classificação brasileira de hospitais por padrões foi especificada em lei de 1952, tendo por finalidade distribuir auxílios e subvenções governamentais de forma racional, bem como incentivar a melhoria da administração, das instalações e da assistência prestada. Em 1961, foi elaborado o documento intitulado Padrões Mínimos Exigíveis dos Hospitais, para a Prestação de Assistência Cirúrgica aos Beneficiários do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários. Em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, houve ampliação da rede de serviços, principalmente, privados, subsidiados pela Previdência Social. Com isso, houve novamente necessidade de classificação dos hospitais, segundo a qualidade dos serviços de natureza hoteleira, para fins de pagamento dos serviços (Schiesari, Kisil, 2003).

Em 1968, normas para aplicação da classificação hospitalar foram estabelecidas, e a pontuação incluía o conceito de eficiência. Os critérios de pontuação abrangiam a planta física, equipamentos, instalações e a parte administrativa. Por meio da portaria ministerial de 1974, a classificação dos hospitais passou a incluir o uso de indicadores que enfatizavam a estrutura física, os processos e a importância da tecnologia. Quanto aos prontuários dos pacientes, havia preocupação quanto à legibilidade, qualidade dos registros e consistência dos dados (Schiesari, Kisil, 2003).

No final dos anos 80, sob a coordenação do médico Humberto de Moraes Novaes, começa o estabelecimento pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de uma série de padrões para os serviços hospitalares da América Latina que, se atingidos, dariam ao hospital a condição de “Acreditado”. O objetivo era criar mecanismos de melhoria dos serviços hospitalares e ter parâmetros para promover esse aperfeiçoamento (ANVISA, 2004).

Cabe destacar que, em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, a fim de difundir a cultura da qualidade e acreditação. No entanto, o Programa foi lançado oficialmente em 1998, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência à Saúde. Esse movimento culminou com a criação da entidade ONA em 1999 (Feldman, Gatto, Cunha, 2005).

Assim, na década de 90, o número de programas de qualidade teve grande crescimento. Em 2000, um estudo global realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou, mais de 36 modelos de acreditação de serviços de saúde.

Muitos países, principalmente, da Europa Ocidental vêm utilizando a acreditação como uma extensão da licença legal para as instituições de saúde, tanto públicas como privadas. O modelo tradicional de acreditação voluntária está sendo ajustado para o patrocínio do governo como uma ferramenta legal para controle e responsabilidade pública (Instituto Brasileiro de Governança em Saúde - IBGS, 2014).

O processo de acreditação surge, então, como uma das formas que podem contribuir para assegurar aos usuários e aos profissionais a segurança nos serviços de saúde. Possui caráter educativo, voltado para a melhoria contínua, sem a finalidade de fiscalização, e representa uma distinção que a organização recebe por sua qualificação, o que demonstra aos trabalhadores e usuários que ela alcançou um padrão de gestão do negócio da assistência (ONA, 2012).

Os sistemas de certificação permitem para cada organização uma avaliação constante do resultado de sua assistência. As certificações têm demonstrado uma ferramenta importante para a gestão do cuidado e, ainda, revela que a instituição está buscando o comprometimento com a segurança do paciente.

As instituições de saúde perceberam que os modelos de gestão atuais não mais estavam gerando respostas necessárias em termos de resultados. A situação passou a exigir a busca de

modelos inovadores de gestão que possibilitassem, além de resultados financeiros, uma perspectiva de longo prazo. Daí surge a importância da tecnologia de gestão chamada de “acreditação hospitalar” (Oliveira, 2009).

Entretanto, segundo IBGS (2014), nos países em desenvolvimento, o foco está em estabelecer informações básicas e reforçar o cumprimento das regulamentações legais e a aplicação da medicina baseada em evidências, mas ainda pouco se percebe o retorno para a população. Dessa maneira, existe um desafio para os programas de acreditação em fornecer resultados positivos para todos os interessados do sistema de saúde.

De qualquer forma, a acreditação apresenta-se como uma das ferramentas de avaliação dos processos ocorridos em ambientes hospitalares. A ferramenta é comumente apresentada como um dispositivo, cujo *modus operandi* propicia produção de qualidade nos hospitais e serviços de saúde (Fortes, Mattos e Baptista, 2011).

Para o Ministério da Saúde (2011), acreditação hospitalar é o método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais, expressando-se pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade de assistência por meio de padrões previamente estabelecidos.

Cabe destacar a importância da acreditação como uma ferramenta que contém critérios que colaboram e estimulam a melhoria da qualidade, sendo um processo no qual uma entidade, separada e independente da instituição de saúde, avalia para determinar se ela obedece a uma série de padrões criados para aperfeiçoar a segurança e a qualidade do cuidado, propiciando a criação de uma cultura de segurança e qualidade no interior de uma instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os

métodos de prestação de cuidados ao paciente e os resultados obtidos (JCI, 2008).

Nesse cenário, é um processo que estimula as instituições envolvidas a um comportamento saudável de procura da melhoria contínua da qualidade da assistência prestada (Soares et al., 2007).

A acreditação hospitalar promove a educação para a qualidade, que consiste na melhoria dos conceitos e das técnicas para a prática do trabalho em equipe, promovendo a cooperação e as comunicações, e priorizando o gerenciamento de risco e os indicadores de qualidade e de desempenho. O processo para a melhoria da qualidade leva à capacitação necessária de todos os trabalhadores e os compromete com a melhoria contínua dos processos de trabalho, o que permite que cada um examine as situações de seu trabalho que afetam as relações internas e os usuários (Quinto Neto, 2000).

Contudo, mesmo com esses benefícios, Seabra (2007), identifica que ocorrem dificuldades no processo de implantação da acreditação, decorrentes do fato das instituições de saúde serem consideradas organizações complexas.

Os modelos de creditações e certificações nacionais e internacionais trouxeram mudanças na gestão das organizações de saúde, tendo por finalidade estabelecer uma cultura de segurança e de qualidade. Sob esse prisma, seus critérios envolvem uma série de itens, tais como: infraestrutura do ambiente hospitalar, tratamento e prontuário do paciente, manutenção dos equipamentos, capacitação dos profissionais, gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos, controle de infecção hospitalar, ambiente físico da instituição, entre outros.

Conforme Quinto Neto (2008), presume-se que as instituições de saúde acreditadas sejam consideradas mais seguras ou que encontram-se mais aparelhadas para identificar, com maior presteza, falhas e incidentes e, desse modo, abordarem os eventos ocorridos de forma produtiva.

Por meio da acreditação, a instituição estabelece um diagnóstico objetivo do desempenho de seus processos assistenciais e administrativos, sendo possível, com base nesse diagnóstico, compreender seus pontos fortes e suas fragilidades. A partir dessa análise, pode-se adotar processos de educação permanente, discutir os itens da avaliação e estabelecer um plano de ação adequado para obtenção da melhoria do desempenho da instituição.

Para melhor compreensão dos benefícios da acreditação, um estudo realizado no Egito objetivou determinar o efeito da acreditação nas unidades de saúde das Organizações Não Governamentais (ONGs) no que tange à satisfação do paciente, do prestador e da produção da acreditação no cumprimento de normas. Tal estudo evidenciou que os pacientes atendidos nas entidades acreditadas expressaram escores de satisfação, significativamente, maiores do que os que frequentavam às unidades não acreditadas. Observou, também, que elementos de estrutura representaram maior percentual em unidades acreditadas, significando que são mais alcançados e sustentados em comparação com medidas de tratamento do paciente. A principal diferença entre unidades acreditadas e não acreditadas foi a manutenção dos registros hospitalares, consequentemente, a acreditação pode ser o principal fator subjacente ao melhor desempenho de unidades credenciadas no acompanhamento de seus pacientes (Tehewy et al., 2009).

Atualmente, a ênfase dos programas de avaliação da qualidade está nos aspectos de segurança do paciente, com objetivo de que erros sejam evitados na assistência hospitalar. Da mesma forma que nos EUA, somente hospitais que apresentam bons indicadores de desempenho recebem recursos do governo federal. Esperamos que em um futuro, não muito distante, os recursos do SUS sejam repassados somente aos hospitais certificados (Novaes, 2007).

Dessa maneira, Novaes (2007) conclui que a acreditação evolui continuamente e contribui com novas iniciativas para aumentar progressivamente a qualidade da atenção. Deve-se aceitar que ela, por si só, não evita a ocorrência de falhas profissionais, e que a probabilidade de eventos é grande, mas é preciso reconhecer os pontos frágeis no processo e detectar suas origens. Muitas vezes, é necessário, mudar a cultura institucional, redesenhar os sistemas, reavaliar os processos e evitar a fadiga dos profissionais.

No Brasil, atualmente, três são as principais metodologias de acreditação, o Conselho Canadense de Acreditação dos Serviços de Saúde (CCHSA), a norte-americana JCI, e a ONA, descritas a seguir.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA)

Criada em 1999, a ONA, é uma organização privada, sem finalidade econômica e de interesse coletivo, que tem como principal objetivo a implantação, em nível nacional, de um processo contínuo de melhoria na qualidade da assistência à saúde. Sua missão é estimular a otimização da qualidade em todos os serviços de saúde do país. Seus valores são credibilidade, legitimidade, qualidade, ética e resultado (ONA, 2010).

O processo de acreditação é um método de consonância, racionalização e ordenação das organizações prestadoras de serviços de saúde e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais (ONA, 2012).

O processo de avaliação é manifestado a partir do interesse de uma organização em receber a avaliação das Instituições Acreditoras Credenciadas, as quais são empresas de direito privado, credenciadas pela ONA, que tem a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional.

A acreditação é realizada em três níveis: o nível 1 –

Segurança; o nível 2 – Gestão Integrada e o nível 3 – Excelência em Gestão. Para cada nível são definidos requisitos com o objetivo de esclarecer o padrão. O instrumento de avaliação é baseado no Manual Brasileiro de Acreditação cujos requisitos estão baseados em estrutura, processo e resultado, entretanto, cada nível busca fundamentos internacionais, tais como: visão sistêmica; liderança e estratégias; orientação por processos; desenvolvimento das pessoas, com foco no usuário, na prevenção e na segurança; responsabilidade socioambiental; cultura da inovação; melhoria contínua e orientação para resultados.

A lógica do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) não permite que se avalie uma unidade isoladamente dentro de uma organização. Entende-se que uma instituição de saúde só pode ser acreditada se todos os seus serviços atingirem todos os níveis de qualidade desejados, de acordo com cada nível de acreditação.

Ainda, segundo a ONA (2012), o processo de avaliação ocorre por meio da análise crítica que determina se a gestão utilizada pela organização está em conformidade com os padrões definidos no instrumento. Para cada avaliação, é formada uma equipe de avaliadores, incluindo o avaliador líder, que busca, durante a visita nas instituições, evidências que estabelecem a conformidade ou não de cada item do instrumento. Essa evidência pode ser feita através da observação, documentação, medição ou outros meios.

Ao término da avaliação, o resultado pode ser: Organização Prestadora de Saúde Não Acreditada; Organização Prestadora de Saúde Acreditada; Organização Prestadora de Saúde Acreditada Plena, todos esses com certificados válidos por 2 anos ou, ainda, Organização Prestadora de Saúde Acreditada com Excelência, com certificado válido por 3 anos.

O período de validade da certificação acontece com dois mecanismos de controle anuais, visando à manutenção da condição de acreditado e à detecção de possíveis eventos sentinela.

Descrevo abaixo a explicitação de alguns conceitos importantes da metodologia ONA (2012), uma vez que há diferenças entre os conceitos nas diversas metodologias.

- ✓ **Não conformidade:** tudo aquilo que não está conforme um conjunto de padrões previamente definidos.
- ✓ **Evento Adverso:** qualquer ocorrência nova e imprevista em um paciente que recebeu um produto farmacêutico ou hemocomponente e que não precisa, necessariamente, de uma relação causal com esse tratamento.
- ✓ **Evento Sentinela:** ocorrência inesperada ou variação do processo que envolve óbito, lesão física ou psicológica séria, ou riscos provenientes dessa lesão. Qualquer variação significativa do processo caracterizada por risco aumentado de resultado adverso sério deve ser objeto de investigação. Sua ocorrência requer ação imediata.

Para a ONA, o evento sentinela é classificado em quatro graus:

Grau I - Evento que atingiu o profissional de saúde, o usuário ou o paciente e resultou em óbito.

Grau II – Evento que atingiu o profissional de saúde, o usuário ou o paciente, causando dano permanente.

Grau III - Lesão temporária do profissional de saúde, do usuário ou do paciente.

Grau IV – Não houve danos.

Cabe salientar que a metodologia ONA concedeu, até fevereiro de 2015, 447 certificados para as organizações de saúde de todo o Brasil (ONA, 2015).

ACCREDITATION CANADA INTERNACIONAL (ACI)

O Canadá destaca-se pela qualidade dos serviços de saúde. Sua busca por excelência resultou, há mais de 50 anos, na criação da ACI, um programa de certificação desenvolvido pelo CCHSA que é líder mundial em acreditação, tendo acreditado cerca de 980 organizações em vários países.

A ACI é, também, membro fundador da *International Society for Quality in Healthcare* (ISQUA), órgão internacional responsável pela validação das metodologias de acreditação nos serviços de saúde.

No Brasil, o Instituto Qualisa de Gestão (IQG) é a instituição que, desde 2003, mantém parceria com a entidade canadense e a representa em toda a América Latina. A acreditação canadense tem grande receptividade e atua no Brasil desde o ano de 2000, abrindo caminho para instituições brasileiras que desejam um posicionamento conceitual com outros países (Bonato, 2011).

O CCHSA avalia os processos de qualidade dentro das instituições de saúde que, em sua maioria, possuem o nível III – excelência, emitido pela ONA. Essa avaliação está pautada nos seguintes pontos: estratégia e liderança; cultura organizacional; informação e comunicação; processos e times de trabalho; resultados e segurança dos pacientes (Bonato, 2011).

A metodologia internacional de excelência – *Qmentum International*, orienta e monitora os padrões de alta performance em qualidade e segurança, empregando critérios internacionais com validação mundial. No Brasil, a ACI desenhou uma *Joint Venture* com o IQG para implantação e manutenção dessa metodologia internacional (IQG, 2014).

Todos os procedimentos legais da certificação canadense são feitos pelo Consulado Geral do Canadá no Brasil, parceiro do IQG, e sua metodologia está alinhada aos princípios de governança clínica.

O processo de acreditação dessa metodologia é rigoroso e

exige auto-avaliações, auditorias no local e ações de acompanhamento das melhorias. Essa prática envolve a verificação constante das atividades e dos serviços prestados pelas instituições, com base em padrões pré-estabelecidos, utilizando princípios de qualidade alinhados à segurança do paciente. Caso seja elegível, a instituição desenvolverá um trabalho preparatório de acreditação, com duração prevista para de um a três anos e sua validade é de três anos (Bonato, 2011).

Atualmente, no Brasil, há cerca de 25 instituições acreditadas pela CCHSA.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)

A JCI, principal agência de acreditação em saúde dos Estados Unidos, é uma organização não governamental norte americana que realiza acreditação, desde 1953. Trata-se de um desdobramento da JCAHO, para melhorar a qualidade da assistência à saúde internacionalmente. Essa organização atua em mais de 40 países, entre eles Alemanha, Dinamarca, Espanha, Hungria, Rússia, Turquia, Emirados Árabes e a África do Sul.

No Brasil, a JCI está representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) e teve seu primeiro hospital acreditado no ano de 1999. Atualmente, o CBA conta com 30 hospitais acreditados até o primeiro trimestre de 2015.

Os critérios para acreditação em serviços de saúde são baseados em metas internacionais de segurança; direitos do paciente e dos familiares; acesso ao tratamento e continuidade; avaliação do paciente; cuidado ao paciente; educação do paciente e dos familiares; gerenciamento e uso de medicamentos; anestesia e cirurgia; capacitação dos recursos humanos; gerenciamento da comunicação e do prontuário; controle de infecção hospitalar; direção e capacitação das lideranças; gerenciamento e segurança das instalações; segurança do paciente e melhoria contínua da

qualidade.

O CBA desenvolve a metodologia de Acreditação Internacional de Sistemas e Serviços de Saúde, executada nos EUA pela JCAHO, com assessoria contínua de sua subsidiária. A JCI utiliza, no seu processo, a tradução fiel dos manuais internacionais, que são elaborados a partir de um comitê internacional de padrões. O planejamento das avaliações é feito com base nas características de cada hospital.

Durante o processo de avaliação, são verificadas as conformidades referentes à estrutura, aos processos e aos resultados alcançados. Para obter essas informações, são realizadas entrevistas com os pacientes, familiares, trabalhadores, visitas *in loco* e acesso aos prontuários. Ao término da avaliação, é emitido um relatório, que é apresentado aos diretores e, em seguida, enviado para aprovação do comitê de acreditação. O ciclo de acreditação tem duração de três anos (Bonato, 2011).

Cabe ressaltar que as certificadoras internacionais buscam adaptar as crenças e legislações de cada país ao contexto institucional.

O CBA e a JCI têm um acordo de exclusividade na representação da JCI no Brasil, por meio da qual oferecem, de maneira conjunta, serviços de acreditação no país. Esses serviços incluem acreditação e produtos de educação e preparação para serviços hospitalares, serviços de cuidado continuado não hospitalares (internação domiciliar, reabilitação de pacientes crônicos terminais) e serviços de transporte médico, além de um novo processo de certificação para serviços que ofereçam programa de cuidados a doenças ou condições específicas (CBA, 2014).

A missão do CBA é contribuir, por meio de um processo de acreditação, para melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes (Bonato, 2011).

Assim, todos os sistemas e certificação apresentados buscam, como foco principal, a melhoria dos seus processos de

qualidade e a segurança do paciente, cabendo à cada instituição, de acordo com seu perfil, solicitar a avaliação de uma certificadora que julgar como a mais adequada à sua realidade.

Segundo Milane (2012), há organizações que buscam obter os três selos: ONA, JCI e Acreditação Canadense, ou seja, a tríplice coroa ou tríplice certificação. Atualmente, nenhuma instituição a possui, entretanto, algumas estão rumo a essa conquista.

Em suma, a ONA avalia estrutura, processo, segurança e resultado, levando em consideração os aspectos de liderança, RH e estrutura física. A JCI é semelhante à Canadense, o seu diferencial está na maneira de formalizar seus procedimentos (Filho, Montenegro e Sá Barragão, 2012).

Nesse contexto, o êxito na escolha de um modelo avaliativo é considerado multifatorial, dependendo da capacidade de cada organização, de sua missão e visão, da efetiva articulação entre os seus diferentes setores e do nível de investimento em recursos humanos, materiais, físicos e tecnológicos (Melleiro, 2010).

CAPÍTULO 3

SEGURANÇA DO PACIENTE E FERRAMENTAS DE QUALIDADE

A segurança do paciente é tema complexo e, como tal, a principal ameaça é fazê-lo inabordável. Nos últimos anos, temos assistido ao incremento de políticas globais em países com diferentes níveis de desenvolvimento, orientados pela OMS.

Weinger (2008) afirma que segurança é o usuário estar livre de atos inseguros e atribui a ocorrência dos eventos adversos às falhas nos sistemas de organização, à falta de comunicação, à formação inadequada e às relações de trabalho deficientes.

Dessa maneira, a opção estratégica pela segurança tem sido incluída nas agendas das instituições e dos sistemas de saúde. Mas, além de iniciativas que podem parecer mero modismo, a segurança do paciente tem fundamento legal e ético (Martínez, Hueso, Gálvez, 2010). Essa perspectiva inovadora está tendo repercussão nas várias ações e no fomento de boas práticas.

Segundo o documento da OMS (2009), a segurança do paciente diz respeito à redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não-tratamento.

Na última década, verificamos um crescente interesse no âmbito da segurança e nos cuidados com a saúde. Assim, a implementação de uma cultura de segurança ao paciente deve ser pensada com o intuito de minimizar ou eliminar eventos adversos nas organizações de saúde (Shinya et al., 2011).

De acordo com as novas metodologias, cada sistema é desenhado para atingir seus resultados finais. Um deles é a segurança do paciente, de acordo com o IBGS. Segue, abaixo, um esquema desenhado com os princípios para se obter um ambiente seguro dentro das instituições (IBGS, 2014).

45 Segurança do paciente e ferramentas de qualidade

Figura 3 - Princípios para se obter um ambiente seguro Interior do Estado de São Paulo, 2015.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A expressão “segurança do paciente” faz referências aos fatores que influenciam as instituições a adotarem uma cultura de segurança, levando em consideração as melhores práticas (Teixeira, 2012).

A cultura da segurança está presente nas organizações de alta credibilidade, que são caracterizadas por processos de risco, complexos, mas com taxas baixas de erros. Tais organizações alcançam alta confiabilidade porque estão preocupadas com o dano e são sensíveis em como cada membro da equipe afeta um processo. Eles contam com aqueles que são mais conhecedores do processo para a tomada de decisão, e resistem à tentação de culpar os indivíduos dos erros dentro dos processos complexos (Silva, 2012).

O *Institute of Medicine* (IOM) declara que a cultura da segurança no cuidado em saúde requer três elementos: a crença em que, embora os processos de cuidado em saúde sejam de alto risco, podem ser planejados para prevenir o dano; o comprometimento da organização para detectar os erros e aprender com eles, e um ambiente que gerencie os erros quando os trabalhadores conscientemente aumentam os riscos para os pacientes e seus pares (Kohn, 2000).

Nessa direção, uma questão importante a ser enfatizada são

os dados alarmantes que demonstram que a cada dia 100 norte-americanos hospitalizados morrem por danos relacionados a erros, e não em decorrência da própria doença. Só de erros de medicação, são 7 mil mortes por ano. E um em cada dez pacientes no mundo é vítima de erros e eventos adversos. Uma das formas de reverter essa situação é realizar uma análise não apenas individual, mas principalmente sistemática de erro, visando encontrar e corrigir falhas nos processos, por meio do mapeamento de risco assistencial (Kohn, 2000).

A análise sistemática dos incidentes críticos evitáveis por eventos adversos e por “quase erros” é um ingrediente essencial no gerenciamento de risco (Oliver, 2000).

A magnitude dos eventos adversos em hospitais nos EUA foi descrito, no final da década de 1990, no relatório do IOM dos erros de saúde que estima que 44.000 para 98.000 mortes anuais de pacientes ocorrem devido a erros que são evitáveis (Kohn, 2000).

Desde o lançamento desse importante relatório, muitos especialistas têm defendido a aplicação de ferramentas para transformar um sistema de saúde complexo e, muitas vezes carregado de erros, em um sistema de saúde seguro (Effken, 2002; Carayon, 2004).

No Brasil, podemos citar algumas iniciativas como o Projeto Hospital Sentinela, criado pela ANVISA, em 2001, com o intuito de ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados nos serviços de saúde e, assim, garantir mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde, com enfoque em três áreas: a Farmacovigilância, a Hemovigilância e a Tecnovigilância (ANVISA, 2007).

Frente à magnitude do problema, a OMS criou, em 2002, um Grupo de Trabalho com o objetivo de estudar metodologias para avaliar de forma sistemática os riscos à segurança do paciente nos serviços de saúde (Mendes, et al. 2005).

No setor saúde, a cultura de segurança do paciente é um

componente crítico da qualidade da assistência à saúde, no entanto, devido às organizações de saúde, continuamente, se esforçarem para melhorar o seu resultado assistencial, existe um crescente reconhecimento da importância de estabelecer uma cultura de segurança (Nieva, Sorra 2003).

Em 2004, o *Institute Healthcare Improvement* (IHI), instituição norte-americana, que tem como objetivo estabelecer ações voltadas para a segurança do paciente no âmbito internacional, lançou a campanha “Salve 100 mil Vidas” com o objetivo de reduzir 100mil mortes evitáveis em 18 meses. Essa foi uma iniciativa voluntária, de caráter nacional nos Estados Unidos, que envolveu cerca de 75% dos leitos hospitalares (IHI, 2004). A iniciativa foi bem sucedida, estando em curso a campanha “Salve Cinco Milhões de Vidas”.

Ainda, em 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, por meio de resolução na 57^a Assembléia Mundial de Saúde, recomendando aos países maior atenção ao tema segurança do paciente. Essa aliança identificou seis áreas de atuação e tem como objetivo despertar a consciência e comprometimento político para melhorar a segurança ao paciente. As metas definidas são: identificar o paciente corretamente, promover a comunicação efetiva, promover segurança nas medicações de alta vigilância, realizar cirurgias em locais adequados, ou procedimentos corretos em pacientes, redução do risco de infecção associados aos cuidados em saúde e dos riscos de lesões ao paciente em decorrência de queda (Wachter, 2010).

Em 2005, é instituída a Rede Internacional de Segurança do Paciente com orientações às instituições de ensino aos profissionais e às instituições de saúde. Em 2008, a Organização Pan-Americana de Saúde, com o objetivo de sedimentar a cultura de segurança do paciente, institui a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP, com 17 polos e 13 núcleos constituídos por mais de 500 profissionais de enfermagem e estudantes da graduação e da pós-graduação em Enfermagem. De forma

voluntária, esses profissionais participam de todas as ações propostas pela rede, impulsionando aprimoramentos nas práticas e no ensino e pesquisa sobre a temática da segurança do paciente (REBRAENSP, 2009).

Entre 2007 e 2009, realizou-se um estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos (EA) em cinco países da América Latina. Esse estudo mostrou que 10,5% dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de EA, e desses, 58,9% poderiam ter sido evitados (IBEAS, 2014).

A OMS 2009, traz um conceito de mitigação do incidente que se refere a fatores atenuantes que são ações ou circunstâncias que impedem ou moderam a progressão de um incidente para não prejudicar o paciente. Fatores atenuantes são projetados para minimizar o dano ao paciente após a ocorrência do erro e desencadear mecanismos de controle de danos. Se o incidente não resultar em danos, podem ser introduzidas medidas de melhoria no processo de trabalho.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (Brasil, 2013a).

A ANVISA publicou a RDC nº. 36, em 22 de julho de 2013, que institui as ações de segurança do paciente no âmbito dos serviços de saúde e, entre outras medidas, estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). O desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no PNSP cabe ao NSP, o qual desempenha papel

fundamental em todo processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) (Brasil, 2013b).

Ainda em 2013, o Ministério da Saúde publicou seis protocolos básicos de segurança do paciente: a prática de higiene das mãos; a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; a identificação dos pacientes; a prevenção de quedas e úlceras por pressão e a cirurgia segura. Esses protocolos deverão ser adaptados à realidade de cada instituição de saúde e devem compor os PSP que devem ser elaborados pelos NSP (Brasil, 2013c).

Uma importante atribuição do NSP é a notificação de Eventos Adversos (EA) relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Esse registro deve ser realizado no módulo do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), denominado Assistência à saúde (ANVISA, 2015).

Outros programas e políticas do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contribuem com o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Dentre essas ações, destacam-se: o conjunto de iniciativas da ANVISA, em especial o Programa Hospital Sentinela; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede); a Política Nacional de Humanização (PNH); o processo de certificação dos Hospitais de Ensino, sob a coordenação do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST – Decreto nº 7.602 de 7 de novembro de 2011) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que estabelece as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2013b).

Outras estratégias voltadas para a segurança do paciente têm sido desenvolvidas por unidades hospitalares brasileiras. Os

hospitais que estão em processo de acreditação, seja pela metodologia da acreditação internacional, em parceria com a JCI, como pela metodologia da ONA, têm desenvolvido mecanismos para a implantação de padrões de qualidade e segurança aos pacientes (Gomes, 2008).

Todas essas ações são formas de tornar a segurança do paciente um aspecto global tendo como missão atingir o sistema de saúde como um todo e não somente ações pontuais. Portanto, para Leape e Berwick (2005) a segurança do paciente é a prevenção de danos causados por erros de cuidados ou pela inexistência desses, considerando uma prioridade para as instituições de saúde.

Nesse contexto, a cultura de segurança é vista como um compromisso de segurança dos indivíduos em diferentes níveis de responsabilidade e linhas de ação (Nascimento, 2011).

Para tanto, várias tecnologias vêm sendo implantadas, tais como o uso do computador nos processos de trabalho, códigos de barras, pulseiras de identificação nos pacientes e a realização das atividades baseadas em protocolos e evidências científicas, a fim de prevenir ocorrência de incidentes que possam ser evitados (Gimenes et al., 2010; Miaso et al., 2006; Teixeira; Cassiani, 2010).

Dessa forma, torna-se necessário definir o mapeamento de risco como um procedimento que tem por objetivo relacionar uma ferramenta para estimar a probabilidade, gravidade e o impacto de um evento adverso para a instituição.

Alguns instrumentos ajudam a identificar riscos que, aparentemente, estão escondidos nos processos de trabalho. Estratégias de redesenho do sistema visa melhorar esses processos e as limitações ambientais promissoras para diminuir a incidência de eventos em unidades hospitalares (Oliver, 2004).

As organizações de saúde, percebendo a necessidade de reduzir e controlar danos ou a probabilidade de danos, têm adotado instrumentos de qualidade para redução do risco, os quais podem possibilitar a identificação e diminuição dos fatores contributivos e

51 Segurança do paciente e ferramentas de qualidade

para o desenvolvimento de ações de melhoria (Silva, 2008).

Dentre essas ferramentas destacam-se os indicadores assistenciais, abordados no Capítulo 4.

CAPÍTULO 4

INDICADORES COMO FERRAMENTAS PARA RETRATAR A REALIDADE INSTITUCIONAL

Os indicadores em saúde são considerados instrumentos relevantes na sinalização de problemas reais e potenciais, que ocorrem ou podem ocorrer nas organizações de saúde. Sob essa ótica, retratam a realidade, auxiliam no diagnóstico situacional e possibilitam que intervenções sejam implementadas nessas instituições.

A prestação de serviços na área da saúde depende da interação entre os profissionais, da disponibilidade de materiais e equipamentos e da adaptação das instalações, e essas características aumentam a possibilidade de algo sair errado. Consequentemente, torna-se necessário o emprego de instrumentos gerenciais, que possam colaborar para reduzir falhas e incidentes provenientes das discontinuidades existentes nos variados processos de cuidado ao paciente (Quinto Neto, 2008).

Para a *Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ*, (2006), o indicador não é uma medida direta de qualidade, mas uma medida qualitativa ou quantitativa que pode ser usada para monitorar e avaliar a qualidade, por meio de dados administrativos, e podem servir como instrumento para melhorar o cuidado. Ainda, segundo o AHRQ, os Indicadores de Segurança do Paciente (PSI) são definidos como: "indicadores de qualidade específicos que também refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, mas focam em aspectos da segurança do paciente". Especificamente, os PSIs rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde e que são susceptíveis à prevenção, por meio de mudanças do sistema ou do prestador.

Para Tronchin et al. (2009), o indicador é uma das ferramentas destinadas a monitorar a qualidade de um serviço para acessar a eficiência, a eficácia, a confiabilidade e a completude de processos de trabalho, constituindo-se, assim, em uma prática importante para avaliação dos serviços de saúde.

Segundo a ANVISA (2013), os indicadores podem-se constituir uma importante ferramenta para melhorar a segurança do paciente e auxiliar na implantação de medidas preventivas para ocorrência de eventos. Acrescenta, ainda, que há necessidade de definição de melhores indicadores com o objetivo de aprimorar a medida dos riscos a que os pacientes estão expostos e a avaliação dos serviços de saúde.

Os diversos conceitos expostos retratam que o indicador é uma ferramenta essencial, utilizada para medir e comparar situações ou condições existentes nos mais diversos âmbitos, os quais podem ser divididos em proativo e reativo.

No que concerne aos indicadores reativos, segundo Sgourou (2010), são dados e informações coletadas após a ocorrência do evento, o que demonstra ser a forma mais usual e tradicional empregada pelas organizações. Dentro desse contexto, a aplicação desse tipo de indicador remete a um reflexo das falhas que ocorrem no processo de prevenção, sendo as ações preventivas baseadas em fatos ocorridos.

Por outro lado, os indicadores proativos, segundo Hopkins (1994), são aqueles utilizados para detecção e mensuração dos resultados e impactos negativos em fases precoces, com o intuito de gerenciar informações que auxiliam na reversão de irregularidades, possibilitando a execução de ações preventivas.

A Figura 4, a seguir, demonstra o monitoramento do processo por meio de indicadores proativos e reativos.

Figura 4 – Indicadores reativos e proativos em sistemas de controle de riscos

Fonte: SILVA, AMP. Proposta de um modelo de desempenho preventivo para apoio à atividade seguradora; 2012.

Contudo, para que as organizações utilizem indicadores apropriados para sua realidade, é necessário levar em consideração seus objetivos. Elas devem possuir um banco de dados capaz de levantar uma série histórica, podendo ser comparadas consigo mesma ou com outras instituições (Teixeira, 2012).

A construção e a implementação de indicadores no monitoramento da qualidade, visando à avaliação de serviços de saúde nas instituições hospitalares, vêm-se caracterizando como uma estratégia que possibilita a busca da eficiência e da eficácia das estruturas organizacionais, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada (Tronchin, 2011).

Zanon (2001) evidencia que é na perspectiva de avaliação de serviços, que se inserem os indicadores, sem os quais a avaliação objetiva da qualidade fica comprometida.

Importante destacar que o indicador por si só não trará mudanças à realidade. Para que os objetivos sejam alcançados, é

imperativo a criação de cultura de qualidade institucional, na qual a utilização dos indicadores não seja vista, somente, como um diagnóstico situacional.

Quinto Neto (2008) relaciona alguns incidentes que podem ocorrer com pacientes e que são, na sua maioria, de conhecimento público, tais como: cirurgia em parte errada do corpo; cirurgia em paciente errado; erro de medicação; queda do paciente; esquecimento de corpo estranho no corpo do paciente; queimadura pela utilização de equipamento; infecção hospitalar; complicações operatórias e pós-operatórias; demora no tratamento seguida de óbito, troca de paciente devido ao inadequado registro do nome, erro de dieta e transfusão de sangue incompatível.

Destacam-se, também, outros estudos, nessa mesma perspectiva, tais como os eventos relacionados com extubações não programadas e úlceras por pressão (Silva, 2003), com erros de medicação (Toffoletto, 2004), e com sondas, drenos e cateteres (Padilha, 2006).

Para o fidedigno conhecimento desses incidentes é necessário um sistema de notificação, o qual tem um papel ímpar para o processo de segurança do paciente. Existem duas maneiras de notificar os eventos, a forma manual, com o preenchimento de formulários padronizados e, também, por meio de sistemas de informação que são elaborados para esse fim (Teixeira, 2012).

Estudos apontam que a falta de recursos de infraestrutura e informatização limita a capacidade de países menos desenvolvidos em sistematizar, coletar e desenvolver seus indicadores. Dessa forma, evidenciamos a escassa literatura e observamos que os eventos podem estar subestimados, não retratando a real extensão e danos causados nos pacientes dos sistemas de saúde (Wilson et al., 1995; Carpenter et al., 2010).

A monitorização dos eventos é importante para a garantia da segurança dos pacientes e depende de esforços para que a identificação deles seja feita antes que causem danos, e que os

riscos sejam identificados a tempo de planejar e implementar medidas que impeçam resultados negativos (Capucho, 2012).

A medição dos danos não é equivalente à medição da segurança, mas é uma base essencial. Qualquer que seja a abordagem usada para medir os danos, ela deve ser válida e confiável. É importante dar atenção à confiabilidade da fonte de dados e definir claramente o tipo de evento que está sendo medido (Prroqualis, 2014).

Dada à relevância dos referidos eventos para os usuários, profissionais e organizações de saúde, tornou-se imprescindível a sua mensuração. Esses eventos passam, então, a ser monitorados por meio dos intitulados indicadores assistenciais.

Em revisão de literatura, pôde-se constatar a adoção dos seguintes indicadores assistenciais: manutenção da integridade da pele; prevalência de úlcera por pressão; queda de paciente; prevalência de restrição; infiltração de cateter venoso periférico em crianças; erros de medicação e gerenciamento da dor (ANA, 1999; Griffiths et al., 2008).

O CQH (2012) reforça, também, o emprego de determinados indicadores assistenciais, tais como: a incidência por úlcera de pressão, queda de paciente, erros de medicação, flebite, entre outros.

No Brasil, além dos supracitados, destacam-se os indicadores de extubação não planejada, flebite, saída de sonda nasogastroenteral para aporte nutricional (Mota et al., 2006; Kurcgant, Melleiro e Tronchin, 2008).

A AHRQ (2011), definiu, também, indicadores a serem monitorados pelos serviços de saúde, sendo eles: úlcera de pressão, sepse pós-operatória, trauma de nascimento: dano ao neonato, hematoma ou hemorragia pós-operatório, infecções relacionadas à assistência a saúde, entre outros.

Segundo levantamento recente, os indicadores que estão sendo mais acompanhados e medidos são os erros de medicação,

as taxas de cirurgia em local errado e a insuficiência para adesão em protocolos, tais como: antibióticos no pré-operatório, técnica estéril e o uso de profilaxia da trombose venosa profunda (IBGS, 2014).

Apesar da relevância dos indicadores citados e das exigências dos programas de acreditação hospitalar, outros indicadores vêm sendo incorporados como guias para monitorar e avaliar a qualidade, entre eles os eventos sentinelas (Nascimento et al., 2008).

Toda organização de saúde – por mais bem estruturada que seja exibirá incidentes assistenciais, porém a diferença está na frequência e forma de abordá-los. A questão é que as instituições de saúde bem preparadas são capazes de aprender com as falhas e incidentes assistenciais, o que resulta em um atendimento cada vez mais seguro (Quinto Neto, 2008).

Um aspecto bastante interessante está no aprendizado resultante de falhas que ocorreram em outras instituições que aplicaram medidas internas para melhoria dos processos assistenciais. Essas medidas geraram ações que previnem a ocorrência de eventuais falhas e evitam que tais ocorrências aconteçam em diferentes organizações.

Para Toffoletto (2008), a identificação dos fatores relacionados aos eventos ocorridos poderá conduzir à intervenções efetivas, voltadas para a sua prevenção.

Assim, cabe destacar alguns conceitos chaves, sobre os eventos, que compõem a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS:

- ❖ **Dano:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- ❖ **Risco:** probabilidade de um incidente ocorrer.

- ❖ **Incidente:** vento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- ❖ **Near Miss:** incidente que não atingiu o paciente.
- ❖ **Incidente sem lesão:** incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
- ❖ **Evento Adverso:** incidente que resulta em dano ao paciente.

Assim, os indicadores são fundamentais para o monitoramento desses eventos e, também, segundo Ferreira (2002) apontam dados da realidade e refletem as mudanças ocorridas. Contudo, nem sempre é possível descrever um cenário com um único indicador, recomendando-se, então, um conjunto de indicadores para se analisar uma dada situação.

Diante dessas considerações, conhecendo a existência de lacunas a respeito dos valores de cada indicador e tendo em conta os poucos trabalhos que citam as intervenções propostas frente à análise desses indicadores, é que me dispus a realizar este estudo, no qual pretendo verificar a métrica dos indicadores que identificará a série histórica de seis indicadores assistenciais: erro de medicação, saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, flebite, queda de paciente, úlcera por pressão e extubação não planejada em hospitais acreditados pela ONA, com o intuito de estimular as instituições de saúde quanto a necessidade do monitoramento de eventos, por meio de uma análise crítica multidisciplinar.

CAPÍTULO 5

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, documental e retrospectivo.

A pesquisa documental, segundo Barros e Lehfeld (2000), deve ser realizada na tentativa de resolver um problema ou adquirir informações, a partir de dados coletados de materiais gráficos, sonoros ou informatizados.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil, sob nº 15453113.0.0000.5392 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade, por meio do parecer 264.130 (Anexo I). Posteriormente, foi encaminhado e apresentado às instituições escolhidas para a realização deste estudo, através de uma solicitação de autorização para coleta de dados, no qual estavam explicitados os objetivos desta pesquisa e a garantia do anonimato quanto às informações obtidas (Apêndice A).

Por ser um estudo documental, não foi necessário aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento pelo qual o sujeito e/ou representante legal autoriza sua participação voluntária na pesquisa.

5.3 LOCAL

A pesquisa foi realizada em cinco hospitais acreditados pelo Programa Brasileiro de Acreditação - ONA Nível 1, 2 e 3, localizados no interior do Estado de São Paulo e integrantes do Departamento Regional de Saúde (DRS VII).

A DRS VII faz parte da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), responsável pela formulação da Política Estadual de Saúde e de suas diretrizes e é norteadada pelos princípios do

Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como propósito promover a saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (SES, 2013).

A SES-SP é, também, responsável pela articulação e pelo planejamento de ações desenvolvidas pelos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) distribuídos pelo Estado de São Paulo.

A DRS VII abrange 42 Municípios com um total de aproximadamente quatro milhões de habitantes.

Para o atendimento dessa demanda populacional, o referido departamento regional conta com 7575 estabelecimentos de saúde, e desses, 74 são estabelecimentos hospitalares, 9 são acreditados pela ONA e 1 acreditação pela canadense (CNES, 2014).

Figura 5 - Mapa da DRS VII Campinas – Colegiado Gestor Regional

Fonte: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>.

Cabe destacar que foram escolhidas as instituições que fazem parte da DRS VII por constituir-se na área de atuação da pesquisadora, propiciando que intervenções fossem propostas.

As instituições hospitalares deveriam estar acreditadas pela metodologia ONA há, no mínimo, 12 meses e empregar os indicadores: erro de medicação, saída não planejada de sondaoro/nasogastroenteral, flebite, queda de paciente, úlcera por pressão, extubação não planejada, nesse mesmo período.

As organizações que aceitaram participar deste estudo foram codificadas em letras A, B, C, D e E, com a finalidade de preservar o anonimato. A seguir, essas instituições encontram-se descritas em pormenores.

- **Instituição A**

Trata-se de um hospital filantrópico, universitário, de grande porte, com atendimento terciário e com 355 leitos ativos. Conta ainda, com um programa de residência multiprofissional em saúde. Essa organização é acreditada pela ONA, nível 1, desde 2010, sendo o primeiro hospital universitário do Brasil a integrar o contingente de hospitais certificados. Alcançou, em 2014, o nível 2 que é a gestão integrada dos seus processos. Desde 2006, possui um Serviço da Qualidade com o intuito de promover ações de melhoria nos processos de trabalho.

O referido estabelecimento foi fundado há 35 anos e possui a missão de prestar atendimento de qualidade na área de Saúde, bem como contribuir para a promoção do conhecimento considerando seu caráter de hospital universitário e, como objetivo, ser reconhecida como uma instituição de excelência no atendimento humanizado aos pacientes, na qualificação de profissionais e que busca a autossustentabilidade.

Nessa instituição, a análise dos indicadores é realizada, mensalmente, de forma multidisciplinar, por cada gestor de unidade e a Comissão de Gerenciamento de Risco (CGR) intervém na análise propondo melhorias junto às áreas. Nessa organização, os resultados de indicadores selecionados são apresentados, de acordo com a gravidade ou prevalência, às suas unidades, com a participação do Serviço da Qualidade e do Corpo Diretivo.

- **Instituição B**

Hospital privado, com atendimento também pelo SUS, de médio porte, nível de complexidade terciário e com 120 leitos, fundado em 1879. Possui acreditação pela ONA, nível 1, desde 2008. Em 2011, recebeu o prêmio do Conselho Regional de Enfermagem - COREN - Gestão com Qualidade.

A missão desta instituição é restabelecer a saúde por meio de uma assistência segura, ética e humanizada e a visão é dispor de serviços pioneiros com aquisição de tecnologias de ponta e ser um hospital de referência, voltado à busca da excelência na assistência cirúrgica e de alta complexidade, racionalizando recursos e otimizando resultados.

A referida instituição possui um Escritório da Qualidade que tem como função proporcionar alto nível de qualidade ao menor custo, de maneira mais equitativa, ao maior número de pessoas, por meio da definição de políticas e práticas padronizadas, garantia da excelência dos processos e a segurança do paciente.

O Escritório de Qualidade atua em conjunto com um Serviço de Educação Permanente. No organograma da instituição configura-se como um serviço de assessoria de apoio técnico, com ações de acompanhamento dos eventos e treinamentos. Para análise mensal dos indicadores conta com a participação do gestor de cada unidade envolvida e a CGR.

- **Instituição C**

Estabelecimento hospitalar filantrópico, de grande porte, nível de complexidade terciário e com 220 leitos. Essa instituição possui, desde 2005, acreditação nível 2 e, em 2008, obteve acreditação com excelência pela ONA nível 3. Desde 1996, vem desenvolvendo atividades para a implementação de certificações de qualidade, como a certificação pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), o Programa dos Hospitais Sentinelas da ANVISA, mantendo, assim, um programa de manutenção dos processos de qualidade.

O hospital foi fundado no final dos anos 60 com a missão de prestar um serviço médico com excelência e segurança, maximizando os recursos para preservação e melhoria do padrão de saúde da comunidade, tendo como visão a atualização tecnológica adequada às necessidades de seus usuários; a busca por melhor qualificação da força de trabalho e capacidade de internação adequada à demanda e o aprimoramento do relacionamento com os usuários por meio da melhoria dos processos.

A política da qualidade da instituição é garantir a segurança do paciente; gerenciar riscos institucionais; promover ações de melhoria contínua dos processos; elevar o padrão dos serviços prestados por meio de boas práticas; desenvolver e capacitar colaboradores continuamente; promover a tomada de decisão com base na análise crítica dos resultados e manter foco no cliente.

Cabe ressaltar que a instituição conta com enfermeiras capacitadas pela CGR, as quais realizam, mensalmente, a análise dos indicadores de risco assistencial.

- **Instituição D**

Organização de saúde filantrópica, de médio porte, nível de complexidade secundário e composta por 120 leitos. Acreditada pela ONA, nível 1 desde 2009.

Hospital fundado em 1965, tendo a qualidade como parte de diretrizes estratégicas voltadas para a excelência nos processos de cuidar e, como base, prioridades definidas na linha de assistência e a disponibilidade de recursos, alinhadas à missão, visão e valores.

No início da implantação dos indicadores, a análise dos resultados, eram realizadas pelos profissionais alocados no Escritório da Qualidade e, desde 2012, essas análises vêm sendo realizadas pelos gestores de cada área, os quais apresentam, semanalmente, resultados para toda a comunidade hospitalar.

- **Instituição E**

Instituição hospitalar filantrópica, com atendimento em torno de 65% de seus usuários pelo SUS, especializado na área materno-infantil, e responsável por mais de 40% dos nascimentos da cidade e região, centro de referência regional em UTI Neonatal, de grande porte e com 198 leitos.

Fundado em 1913, com certificação desde 2008, pela ONA nível 1. Alcançou, em 2014, o nível 2 que é a gestão integrada dos seus processos. Traz como missão a autossustentabilidade, reconhecida pelos empregados, parceiros e usuários como um hospital de excelência e referencial em saúde e, como visão excelência e referência regional no atendimento da gestação de alto risco e neonatologia, promovendo serviços por meio da educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Com relação à análise dos resultados, mensalmente, conta com a participação dos coordenadores de cada unidade em conjunto com a equipe envolvida na ocorrência do evento.

5.4 MATERIAL

As instituições estudadas possuem, de forma macro, um sistema de informação para notificação de seus eventos, culminado nas séries históricas.

Essas séries históricas encontram-se documentadas e são armazenadas, também, nos Serviços/Escritórios da Qualidade. Esses documentos constituíram o material acessado pela pesquisadora neste estudo.

A pesquisadora teve acesso aos documentos, após a aprovação das instituições, durante as visitas agendadas previamente em cada instituição.

A Figura 6 sintetiza o fluxo das notificações dos eventos enviados aos Serviços/Escritórios da Qualidade e como ocorrem suas análises e divulgações nas instituições cenários desta pesquisa.

5.5 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados após a anuência do Comitê de Ética e do corpo diretivo das instituições, no período de março de 2013 a março de 2014.

Para tanto, a série histórica dos indicadores assistenciais foi levantada junto à chefia do Serviço/Escritório da Qualidade, de cada instituição.

A coleta de dados das variáveis foi realizada a partir de uma fonte secundária, por meio dos bancos de dados existentes no Serviço/Escritório da Qualidade das instituições envolvidas, no período de 2010 a 2013.

Os indicadores selecionados neste estudo foram: erro de medicação, saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, queda de paciente, flebite, úlcera por pressão, extubação não planejada.

Cabe salientar que a escolha desses indicadores ocorreu em virtude do consenso existente entre as instituições e por serem indicadores sensíveis à assistência à saúde.

A seguir, elencamos os conceitos dos indicadores e suas equações de cálculo, conforme manual do CQH (2012).

- **Queda de Paciente:** situação na qual o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo.

$$\text{Incidência de Queda de Paciente} = \frac{n^{\circ} \text{ de quedas}}{n^{\circ} \text{ de pacientes/dia}} \times 1000$$

- **Extubação não Planejada:** retirada acidental, ou não planejada, da cânula endotraqueal.

$$\text{Incidência de Extubação não Planejada de Cânula Endotraqueal} = \frac{n^{\circ} \text{ extubação não planejada}}{n^{\circ} \text{ paciente intubado/dia}} \times 100$$

- **Saída não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral:** perda de qualquer tipo de sonda, seja pelo próprio paciente ou pelos profissionais da equipe de enfermagem. Considera-se como perda a obstrução, problemas relacionados ao material ou retirada não programada.

$$\text{Incidência de Saída não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral} = \frac{\text{nº de saída não planejada de sonda Oro/Nasogastroenteral}}{\text{nº de paciente com sonda Oro/Nasogastroenteral / dia}} \times 100$$

- **Úlcera por Pressão (UP):** lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente, sobre uma proeminência óssea resultante da pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento.

$$\text{Incidência de UP Unidade de Internação Adulto} = \frac{\text{nº de casos novos de pacientes com UP em um determinado período}}{\text{nº de pessoas expostas ao risco de adquirir UP no período}} \times 100$$

- **Erro de Medicação:** é todo incidente relacionado à segurança do paciente, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa (prescrição, dispensação, preparação, administração e monitoramento), que pode ou não causar dano a ele.

$$\text{Incidência de erro relacionado à administração de medicamentos} = \frac{\text{nº de erros relacionados à administração de medicamentos}}{\text{nº de pacientes/dia}} \times 100$$

- **Flebite:** inflamação de uma veia devido a irritação química e/ou mecânica. Na flebite há irritação do endotélio vascular e os sinais e sintomas são: rubor, calor, dor local e edema.

$$\text{Incidência de Flebite} = \frac{\text{nº de casos de flebite}}{\text{nº de pacientes / dia com acesso venoso periférico}} \times 100$$

Nesta pesquisa, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (Apêndice B) constituído de duas partes: A primeira parte referia-se à caracterização da instituição e a segunda dizia respeito aos indicadores assistenciais coletados, tanto com relação aos valores alcançados como às intervenções desenvolvidas para cada indicador.

5.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica e dispostos em tabelas, a fim de empregar um modelo relacional, que distribui as informações em várias tabelas relacionadas entre si. Para a análise foram utilizados recursos de computação.

Os resultados foram apresentados em forma de gráficos e o tratamento dos dados foi realizado por meio de estatística descritiva.

Para realizar as projeções de cada indicador, foi utilizado o Modelo Auto-Regressivo Integrado de Média Móvel (ARIMA), esse método é utilizado para construção de modelos de previsão. O ARIMA pode ser definido pela integração entre dois processos: um processo auto-regressivo (AR-*autoregressive*) e um processo de média móvel (MA – movingaverage) (Medeiros, 2006).

CAPÍTULO 6

RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

A caracterização das instituições participantes encontra-se demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1 –Distribuição da média dos eventos ocorridos nas instituições segundo o tipo. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Variáveis	N	%
Tipo de hospitais		
Filantrópico	04	80,0
Privado	01	20,0
Nível de atenção		
Terciário	04	80,0
Secundário	01	20,0
Porte das instituições		
Grande	03	60,0
Médio	02	40,0
Tipo de atendimento		
Geral	04	80,0
Especializado	01	20,0
Acreditação		
Nível 1	02	40,0
Nível 2	02	40,0
Nível 3	01	20,0
Tempo de Certificação		
Igual ou superior a 5 anos	03	60,0
Igual ou inferior a 5 anos	02	40,0

Das cinco instituições – cenários deste estudo, 4 (80,0%) eram filantrópicas e 1 (20%) privada; dessas, 4 (80,0%) eram hospitais gerais e 1 (20,0%) especializado.

Quanto ao nível de complexidade, 4 (80,0%) eram terciários e 1 (20,0%) secundário. Em relação ao porte, 3 (60,0%) foram considerados de grande porte e 2 (40,0%), de médio porte.

No Brasil, existem 6.307 hospitais, sendo 59,7% de pequeno porte; 30,4% de médio porte e 9,9% de grande porte (Ministério da Saúde, 2013).

Referente ao nível de certificação alcançada, 2 (40,0%) eram ONA Nível 1, ou Acreditado (Segurança do Paciente); 2 (40,0%) eram ONA Nível 2 ou Acreditado Pleno (Gestão Integrada) e 1 (20,0%) era ONA Nível 3 ou Acreditado com Excelência (Excelência em Gestão).

De acordo com o site da ONA, no Brasil, no início do ano de 2015, 58 instituições estão acreditadas em Nível 1; 71 hospitais estão acreditados pleno em Nível 2 e 97 acreditados por excelência em Nível 3.

Em relação ao tempo de acreditação, 3 (60,0%) hospitais foram classificados entre igual ou superior a cinco anos e 2 (40,0%) hospitais igual ou inferior a cinco anos.

Segundo Alástico (2014), instituições com mais de cinco anos de acreditação são consideradas de média longevidade na adoção de práticas de acreditação e com menos de cinco anos de baixa longevidade.

O desempenho hospitalar é afetado pelo tempo em que o hospital está acreditado, ou seja, quanto maior a longevidade da instituição de saúde maior é a tendência de um desempenho hospitalar (Lai, 2003).

6.2 DESCRIÇÃO DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS

A etapa de descrição dos resultados dos indicadores assistenciais encontrados foi realizada, individualmente, por período, e considerada suas médias e medianas.

A Tabela 2 sintetiza a média, referente aos índices/taxas, encontrada nos indicadores analisados.

Tabela 2 –Distribuição da média dos eventos ocorridos nas instituições segundo o tipo. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Indicadores	N
Erros de Medicação	13,9
Queda de paciente	8,7
Úlcera por Pressão – UP	7,1
Saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral	4,4
Extubação não planejada	4,3
Flebite	2,9

Conforme estudo de Nascimento et al. (2008), que analisou 229 EA, no período de março a julho de 2006, em um hospital universitário, com 250 leitos, acreditado ONA Nível 2, 57,6% eram relacionados à perda de sonda gástricas ou enterais, 14,8% a erros de medicação e 16% a quedas.

Investigação realizada no sistema de saúde americano, evidenciou que dos incidentes relatados, 29% eram de erros de medicação e 14% de quedas (Nuckols et al., 2007). Tal resultado assemelha-se aos achados desta pesquisa, na qual o maior número de eventos foi relacionado ao erro de medicação seguido de queda de paciente.

Outro achado semelhante ao resultado desta investigação, no que tange ao quantitativo de notificações, foi um estudo brasileiro realizado em um hospital de grande porte da região Sul, o qual

identificou que dos 755 eventos encontrados 45,4% foram as quedas e 16,7% os erros de medicação (Lorenzini, Santi e Báó, 2014).

Outro estudo norte americano realizado em uma UTI de um hospital universitário revelou que do total de erros analisados, 20,2% estavam relacionados aos erros de medicação (Osmon et al. 2004), novamente, corroborando com os achados desta pesquisa.

Com relação ao evento extubação não planejada da cânula, o estudo de Vieira (2014) realizado em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal de um hospital universitário, no período de, aproximadamente, 3 anos, foi constatada a incidência de 2,27. Para a incidência de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral os valores encontrados foram o de 6,61.

Esses valores são maiores que os encontrados nesta pesquisa, entretanto, Vieira considerou apenas os pacientes que recebiam aporte nutricional. Outro aspecto que se deve considerar é que a população pediátrica e neonatal pode ser mais susceptível à saída de sonda oro/nasogastroenteral e extubação accidental.

Zambon (2014), em um estudo observacional, em uma UTI de um hospital universitário brasileiro, evidenciou 15,6% de UP, e 8,9% de flebites. Ao se comparar os valores com este estudo, podemos notar que apresentam divergências, entretanto, para as flebites aquela pesquisa considerou também os soromas, hematomas e lesões nas tentativas de punções, refletindo no elevado valor encontrado.

A análise comparativa dos dados deste estudo foi dificultada devido a poucos trabalhos em literatura semelhantes. Outro aspecto importante é que os dados encontrados em literatura apresentaram valores bastante variados, o que decorre da utilização de diferentes metodologias empregadas e perfil dos pacientes estudados.

A seguir, encontram-se descritos os resultados dos indicadores por instituição participante desta pesquisa.

6.2.1 ERRO DE MEDICAÇÃO

Com relação ao evento erro de medicação, segundo a distribuição total dos eventos, este foi o primeiro evento mais frequente nesta pesquisa (13,9%).

Lorenzini, Santi e Bão (2014) detectaram 126 (16,7%) erros de medicação em um hospital de grande porte.

A Figura 7 apresenta o índice anual compilado do número de notificações de cada instituição.

Figura 7 - Distribuição anual do evento erro de medicação das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

No período analisado (2010 a 2013) há um número expressivo das notificações na instituição B, sendo o índice máximo alcançado de 8,3% de erro de medicação, seguido da instituição A com 4,8%.

Em estudo realizado em um hospital universitário pediátrico, público e de nível terciário foram encontrados 45,8% de erros de medicação no ano 2007 e 54,2% em 2008, evidenciando aumento no número de registros de 18,2% de um ano para outro (Yamamoto, Peterlini e Bohomol, 2011).

Com relação às notificações de ocorrências, segundo Gonçalves Filho et al. (2011), ficou identificado que dentro de uma organização há vários estágios de maturidade de cultura da segurança. O estágio é definido pelo modo como a organização trata os seguintes fatores considerados importantes para a cultura de segurança, tais como informação, aprendizagem, organizacional, envolvimento, comunicação e comprometimento.

Gonçalves et al. (2011) definem, ainda, os seguintes estágios de uma cultura de segurança: patológico, reativo, burocrático, proativo e melhoria contínua. São eles:

- **Patológico:** quando oferece meios que permitem aos trabalhadores informar qualquer tipo de ocorrência anormal, mas, independente da gravidade, tais ocorrências não são informadas;
- **Reativo:** somente as ocorrências anormais que resultaram em acidente grave são informadas;
- **Burocrático:** a maioria das ocorrências anormais, independente da gravidade, não é informada;
- **Proativo:** independente da gravidade da ocorrência, é informada;
- **Construtivo:** as ocorrências anormais independente da gravidade são sempre informadas.

O número mais expressivo de notificações de erro de medicação encontrado neste estudo ocorreu na instituição B, levando-nos a inferir conforme refere Pimenta (2003), que a cultura não punitiva permite relatar os erros e os acidentes de forma confidencial, incentivando a sua exposição. O erro, quer tenha provocado um acidente ou não, deve ser analisado de forma crítica, permitindo examinar as condições e as causas que os provocaram para tentar compreender onde se encontram as falhas dos processos e onde podem ser colocadas barreiras de segurança.

O objetivo deveria ser sempre a melhoria da qualidade do sistema e não a punição de quem comete os erros. Punir os erros não vai diminuir a sua incidência, mas sim sua notificação.

Um dado surpreendente do relatório da ARHQ (2011), do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* composto por um banco de dados de 472.397 funcionários e 1.032 hospitais participantes - demonstrou que a maioria dos inquiridos informou não relatar nenhum evento em sua instituição ao longo dos últimos 12 meses.

Nessa direção, podemos inferir que uma organização com cultura de segurança aberta e justa, em que os profissionais podem notificar e aprender com os seus erros e não serem culpabilizados pela falha; propicia que haja o aumento das notificações dos incidentes, tornando a organização de saúde focada em uma abordagem sistêmica do problema.

Figura 8 - Distribuição da média e mediana evento erro de medicação das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na Figura 8, encontramos a média e mediana do total da porcentagem de erro de medicação por instituição, sendo a média de 8,2% do total de erros de medicação e mediana de 7,6% da instituição B; seguida da média de 4,3% e mediana de 3,3% da instituição A. Não há diferenças importantes nas médias entre as

instituições C (0,5%), D (0,5%) e E (0,4%) e das medianas C (0,3%), D (0,2%) e E (0,3%).

Figura 9 - Distribuição do índice de erros de medicação, segundo o ano e o mês, da Instituição A. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

A Figura 9 demonstra que no mês de setembro de 2012, houve um maior número de notificações, com porcentual de 20,4%, seguido de 10,9% e 10,6% em 2011.

Berdot et al. (2012), em um hospital francês, constataram que em 27,6% das ocasiões observadas ocorreu pelo menos um erro na cadeia medicamentosa.

Figura 10 - Distribuição do índice de erros de medicação, segundo o ano e o mês, da Instituição B. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

De acordo com a Figura 10, o mês de julho, do ano de 2010, demonstra um maior número de notificações, 22,0%, seguido de 19,0% e 13,0% em 2011.

Apesar dos dados desta pesquisa apresentarem valores elevados (22,0%), ainda exibem resultados baixos se comparados com um estudo realizado em uma UTI holandesa que identificou 56,2% de erros relacionados à administração de medicamentos (Van Bemt, et al, 2002).

82 Resultados e discussões

Figura 11 - Distribuição do índice de erros de medicação, segundo o ano e o mês, da Instituição C. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na instituição C podemos verificar que houve uma elevação dos percentuais no decorrer dos anos, com um aumento expressivo no ano de 2012, com o maior porcentual de 3,4%, seguido 2,6% e 1,5%.

Figura 12 - Distribuição do índice de erros de medicação, segundo o ano e o mês, da Instituição D. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na Figura 12, a instituição D apresentou, no decorrer dos anos, um aumento gradativo no número de notificações, sendo que a maior porcentagem foi de 2,8% em abril de 2013.

Não podemos afirmar que a instituição vem piorando os seus resultados, mas inferir que, possivelmente, as ações que vem sendo adotadas culminaram no maior número de notificações do evento referido.

Figura 13 - Distribuição do índice de erros de medicação, segundo o ano e o mês, da Instituição E. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

A instituição E, conforme a Figura 13, demonstrou uma ascensão na quantidade de notificações. Averiguamos um percentual de 1,7% em fevereiro de 2013, seguido de 1,2% em abril e 1,0% no mês de junho do mesmo ano.

Estudo realizado em uma UTI Infantil/Neonatal no *University Hospital*, em Lausanne, detectou 24,9% de erros de medicação em um total de 275 intervenções. Comparando esse valor com os resultados da instituição E, mesmo possuindo um perfil de usuários próximo ao estudo apresentado, os valores diferem do encontrado na instituição E (Flaatten, Hevroy, 1999).

No entanto, foi evidenciado um percentual baixo de erros notificados para a população de neonatos, contrapondo estudos que mencionam que, de cada seis a oito internações em UTI Neonatal, uma esteja acompanhada de erros relacionados a medicamentos. A ocorrência de erros pode ser facilitada pela complexidade de procedimentos em pacientes prematuros e de muito baixo peso, podendo passar despercebidos pela equipe de saúde (Lerner et al., 2008).

6.2.2 QUEDA DE PACIENTE

Segundo dados do Ministério da Saúde e do Sistema de Informação Hospitalar Brasileiro, a taxa de mortalidade hospitalar por queda de paciente, em fevereiro de 2000, foi de 2,58%. A maior taxa encontrada foi na região Sudeste, seguida pela região Nordeste, Sul e Centro Oeste (Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior, 2004).

De acordo com o IHI, de 3 a 20% dos pacientes caem durante a sua hospitalização (IHI, 2012).

O total anual de eventos das quedas nas instituições participantes desta pesquisa encontra-se ilustrado na Figura 14.

Figura 14 - Distribuição anual do evento queda de paciente das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

A Figura 14 demonstra a incidência de 5,9 quedas no ano de 2012 e 4,9 nos anos de 2011 e 2013 da instituição A, mantendo os valores mais altos se comparados com os das outras instituições participantes, seguida pela instituição B de 2,1 em 2011, 1,3 em 2012 e 1,1 em 2010.

Em um estudo realizado em um hospital de grande porte, com período de análise semelhante aos deste estudo, foi possível constatar 1,37 quedas/1000 paciente-dia (Correa et al., 2012).

Sari et al. (2007), evidenciaram que o verdadeiro número de quedas, provavelmente, é ainda maior, uma vez que todos os sistemas de saúde apresentam problemas de notificação.

Figura 15 - Distribuição da média e mediana do evento queda de paciente das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na Figura 15, destaca-se a média de 5,2 e mediana de 4,4 da instituição A, seguida da média e mediana de 1,5 da instituição B e 1,0 da média e 0,9 da mediana da instituição C. A instituição E demonstrou uma média de 0,7 e uma mediana de 0,5 e na sequência a instituição D com 0,3 em sua média e mediana.

Estudo de Correa et al. (2012), constatou média de 1,45 quedas/1.000 pacientes-dia. As instituições participantes demonstraram resultados bastante próximos a essa investigação, com exceção da instituição A.

Figura 16 - Distribuição do índice de queda de paciente (1.000 pac-dia por mês) segundo o ano e o mês, da Instituição A. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

De acordo com a Figura 16, constata-se grande variabilidade mensal nas notificações, oscilando entre 0 nos meses de abril e agosto do ano de 2013 e 14,5 no mês de julho de 2012.

Estudos mostram variações no índice de quedas, que vão de 1,4 a 13,0 quedas/1000 pacientes-dia (*National Health Services - NHS*, 2007; Hitcho et al, 2004; Olivier et al, 2004; Schwendimann et al, 2006).

Na instituição A, esses valores expressivos de quedas podem estar relacionados aos problemas ocasionados pela reforma na rede hidráulica do hospital, a qual acarretou acúmulo de água em determinados locais, tornando o piso escorregadio.

As oscilações apresentadas no ano de 2013 ocorreram, possivelmente, devido aos períodos de superlotação da Unidade de Urgência e Emergência do referido hospital.

Figura 17 - Distribuição do índice de queda de paciente (1.000 pac-dia por mês) segundo o ano e o mês, da Instituição B. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

A instituição B apresentou um índice expressivo em suas quedas nos meses de janeiro (6,0) e fevereiro (7,0) no ano de 2011. Constata-se um declínio nos meses de outubro e novembro do mesmo ano e um novo aumento nos valores no mês de maio (5,0) do ano de 2012.

As oscilações apresentadas no resultado do indicador devem-se às irregularidades nas camas hospitalares e a ausência de campanhas em alguns quartos e banheiros.

Figura 18 - Distribuição do índice de queda de paciente (1.000 pac-dia por mês) segundo o ano e o mês, da Instituição C. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

De acordo com a Figura 18, na instituição C houve um aumento nas notificações em setembro de 2011 (2,3) e em janeiro de 2012 (2,3). Em todos os anos, observamos constância nas notificações com redução no mês de dezembro, corroborando com o resultado do estudo de Correa et al. (2012), que também apresentou grande variabilidade mensal, oscilando entre 0,0 a 2,97 quedas/1.000 pacientes/dia.

Figura 19 - Distribuição do índice de queda de paciente (1.000 pac-dia por mês) segundo o ano e o mês, da Instituição D. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Ao se analisar a Figura 19, em 2012, houve baixa notificação do evento queda alcançando por quatro meses (maio, junho, julho e agosto) o índice 0,0 de notificações. No período de 2011 e 2013 houve o maior número de notificações. No ano de 2013, foi possível constatar que no mês de maio ocorreu o maior índice de 1,1. Dados do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde - PROHASA (2012), também, corroboram com a incidência de 0,87 de queda de pacientes.

Figura 20 - Distribuição do índice de queda de paciente (1.000 pac-dia por mês) segundo o ano e o mês, da Instituição E. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Quando analisada a Figura 20, no ano de 2011, houve tímidas notificações do evento queda e no ano seguinte, em 2012, houve uma elevação, alcançando o maior número de notificações 3,3, mantendo o mesmo perfil no início do ano de 2013 até o mês de abril, em que ocorreu uma queda brusca nos valores apresentados. Não existe uma correlação nexo-causal devido ao aumento no índice de queda de paciente dos meses citados.

Indicadores que apresentaram valores bastante discrepantes sugerem processos que não estão, totalmente, monitorados e essa instabilidade afeta sua análise pormenorizada.

6.2.3 ÚLCERA POR PRESSÃO (UP)

No Brasil, existe um interesse crescente sobre o tema UP, isso pode ser verificado devido ao aumento do número de publicações.

A UP é um problema de nível global, representa um aspecto muito relevante para a segurança do paciente. O IHI inseriu em suas intervenções o programa de prevenção de UP, trabalhando em conjunto com os sistemas de saúde na busca da melhoria e da segurança dos pacientes no mundo todo (IHI, 2014).

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o protocolo de prevenção para UP, importante instrumento de trabalho e apoio para todas as instituições. Nesse mesmo protocolo, são sugeridos três indicadores de processo e um de resultado, sendo eles: percentual de pacientes submetidos à avaliação de risco para UP na admissão; percentual de pacientes de risco que recebem cuidado preventivo apropriado para UP; percentual de pacientes que recebem avaliação diária para risco de UP e incidência de UP.

A seguir, na Figura 21 consta a distribuição anual das UP.

Figura 21 - Distribuição anual do evento úlcera por pressão das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Constatamos por meio da Figura 21, o predomínio da instituição B em suas notificações, com o máximo de 5,3% em 2011 e a instituição C, que apresentou 4,0%, no mesmo ano.

A prevalência de UP nos EUA, em hospitais, é de 15% e a incidência é de 7% de acordo com o estudo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2009). Apesar de baixos, os índices encontrados nas instituições estudadas demonstram uma maior aproximação com a literatura consultada; são as instituições B e C.

Referente à média e mediana das UP, os resultados encontram-se na Figura 22.

Figura 22 - Distribuição da média e mediana do evento úlcera por pressão das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

De acordo com a Figura 22, a média de 3,6% e mediana de 3,3%, verificamos que na instituição B, seguida pela instituição C com 2,9% de média e mediana de 2,6% e com 1,3% de média e mediana 0,9% a instituição A.

Segundo dados do PROHASA (2012), a mediana dos hospitais analisados apresentou o valor de incidência de UP de 0,66% abaixo da mediana apresentada neste estudo.

Figura 23 - Distribuição do índice de úlcera por pressão, segundo o ano e o mês, da Instituição A. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Quanto à distribuição das UP da instituição A, houve um predomínio das notificações no ano de 2011, sobretudo no mês de julho, com 5,4%. No ano de 2013, verifica-se uma expressiva diminuição nas notificações nos meses de fevereiro, abril e setembro.

Rogenski e Santos, 2005, realizaram um estudo em um hospital geral universitário, em que ficou evidenciada uma incidência de 39,8%.

Figura 24 - Distribuição do índice de úlcera por pressão, segundo o ano e o mês, da Instituição B. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

A instituição demonstra, na Figura 24, baixas notificações do evento no ano de 2010, diante desse resultado, o hospital adotou medidas para o aumento das notificações. Essas medidas são evidenciadas com os resultados obtidos nos anos de 2011 e 2012, com valores de até 9,0%.

Os resultados encontrados nesta investigação divergem de um estudo realizado no Município de São Paulo, que verificou um percentual de 27,0% relacionados à ocorrência de UP (Silva, 2003).

Com relação ao indicador de UP, o monitoramento da manutenção da pele e a identificação da UP na admissão do paciente e durante a sua hospitalização são dados muito importantes para acompanhamento desse indicador (Meravilgia et al., 2002).

Figura 25 - Distribuição do índice de úlcera por pressão, segundo o ano e o mês, da Instituição C. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na instituição C, notamos um predomínio das notificações no ano de 2011, que alcança o valor de 7,1%, mantendo esse limiar nos em 2012. Os resultados de melhorias nessa instituição deve-se, possivelmente, ao trabalho iniciado com a participação ativa na avaliação preventiva e na notificação das UP constatadas pelo enfermeiro estomaterapeuta.

Segundo estudo realizado em hospital de grande porte, foi encontrado o valor de 10,0% para UP, resultado próximo ao desta instituição (Crozeta, 2009).

A UP deve ser analisada tanto na prevenção como no tratamento de forma multiprofissional, entretanto, cabe destacar o papel do enfermeiro especialista, que atua como consultor, educador e executor desse processo.

Figura 26 - Distribuição do índice de úlcera por pressão, segundo o ano e o mês, da Instituição D. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

De acordo com a Figura 26, no ano de 2011 não havia notificação de UP, cujo início ocorreu em janeiro de 2012 (2,0%), percebendo-se um novo declínio nas notificações.

No estudo de Gonçalves (2011), realizado em um hospital universitário, nível terciário, localizado no município de São Paulo, ficaram evidenciados valores baixos (2,9%), próximos ao resultado da instituição D.

Figura 27 - Distribuição do índice de úlcera por pressão, segundo o ano e o mês, da Instituição E. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Quanto à distribuição das UP da instituição E, averiguamos que não houve grandes variações (0,0% a 0,2%) nos três anos estudados. Cabe ressaltar que a instituição em questão tem um perfil voltado para o atendimento materno-infantil.

6.2.4 SAÍDA NÃO PLANEJADA DE SONDA ORO/NASOGASTROENTERAL

Diversos são os motivos para saída da sonda oro/nasogastroenteral e como consequência, podemos evidenciar a desnutrição intra-hospitalar, risco de lesão quando há necessidade de reinserção do dispositivo, entre outros.

A seguir, apresentamos a distribuição anual do evento saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral das instituições estudadas.

Figura 28 - Distribuição anual do evento saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na Figura 28, com relação à incidência de saída não planejada da sonda oro/nasogastroenteral, a instituição C demonstrou o maior índice, em 2010 ela apresentou 2,2%. Na sequência, a instituição A, no ano de 2011, 1,7% seguido de 1,4% e 0,6% em 2013. A instituição E apresentou 0,0% de notificações em todos os anos.

Quando comparado com a literatura, pode-se averiguar a incidência de 56,0% da retirada da sonda de alimentação não planejada (Pereira et al., 2013).

Toffoletto (2008) evidenciou em sua pesquisa, que os valores de retirada não planejada de sonda foi o mais predominante, 75,4%.

Dessa forma, as instituições envolvidas nesta pesquisa demonstram valores muito inferiores, se comparados com os estudos mencionados.

Figura 29 - Distribuição da média e mediana do evento saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

De acordo com o evento saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, a Figura 29 apresenta a maior média e mediana observada na instituição C, com 1,8%; seguida da média de 1,2% e mediana de 0,4% da instituição A. A instituição B aparece com a média e mediana de 0,8%.

Segundo dados do PROHASA (2012), a incidência da mediana para saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral é de 1,65%, valores próximos encontrados neste estudo.

Figura 30 - Distribuição do índice de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, segundo o ano e o mês, da Instituição A. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Quando analisada a instituição A, de acordo com a Figura 30, no ano de 2011, mês de agosto, houve uma porcentagem expressiva na notificação do evento (9,1%), com um declínio brusco em setembro (0,0%), mantendo baixos os índices até o mês de fevereiro de 2012 quando retoma o valor de 5,3%, com queda nos meses sequenciais até o final do ano de 2013.

Os valores apresentados em 2011 e início de 2012 devem-se à ausência de dispositivo para fixação da sonda, principalmente, para os pacientes: sudorêicos, agitados, crianças e idosos.

Figura 31 - Distribuição do índice de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, segundo o ano e o mês, da Instituição B. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

A instituição B, conforme Figura 31, no ano de 2010, teve um maior predomínio com 3,5% notificações no mês de agosto. Em contrapartida, no ano de 2012, no primeiro quadrimestre não houve notificações e, ainda, no mesmo ano, há o retorno das notificações, porém, mantém os resultados baixos sem grandes variações.

O resultado apresentado no ano de 2012 remete, possivelmente, às intervenções adotadas pela instituição evidenciadas no Capítulo 7.

Figura 32 - Distribuição do índice de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, segundo o ano e o mês, da Instituição C. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na instituição C, conforme mostra a Figura 34, houve variações mais significativas no ano de 2010, alcançando o valor máximo de 4,0% no mês de junho e nos outros anos mantém os dados flutuantes, entretanto, sem grandes variações.

Figura 33 - Distribuição do índice de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, segundo o ano e o mês, da Instituição D. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na Figura 33, ocorreu predomínio das notificações no ano de 2011. A instituição adotou algumas medidas nesse período e cabe mencionar que, após essas ações, houve um decréscimo nas notificações, sendo que em 2013 registrou-se 0,0% de notificações no mês de março e no último semestre do mesmo ano.

A variabilidade do resultado encontrado deve-se à obstrução das sondas devido ao uso de alguns medicamentos, conforme dados apresentados no Capítulo 7.

Figura 34 - Distribuição do índice de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, segundo o ano e o mês, da Instituição E. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Como pode ser observado na Figura 34, os valores encontrados nos três anos consecutivos foi de 0,0%.

A instituição constatou subnotificação do evento e adotou medidas para reversão desse cenário descritas no Capítulo 7, intervenções encontradas frente aos indicadores assistenciais.

6.2.5 EXTUBAÇÃO NÃO PLANEJADA

A extubação não planejada é um incidente que, frequentemente, requer a reintubação e, com isso, há um aumento

do tempo de ventilação mecânica, gerando maior tempo de internação. Em consequência desse fator, há o aumento de riscos de hipoxemia; atelectasia; pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV); lesão em traqueia; instabilidade hemodinâmica e parada cardíaca (Yako, 2000).

No período deste estudo foi realizada a distribuição anual das extubações não planejadas. A distribuição desse evento é apresentada na figura a seguir.

Figura 35 - Distribuição anual do evento extubação não planejada das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

A maior incidência de extubação não planejada evidenciada ocorreu na instituição A, no ano de 2011, com 3,1% e 1,9% em 2012; seguida de 2,1% da instituição C no ano de 2010, 1,7% no ano de 2012 e 1,1% no ano de 2011. As demais instituições (B, D e E) apresentaram valores abaixo de 0,7%.

Se comparado ao estudo de Jarachovic et al. (2011); Richmond, Jarog, Hanson (2011), o porcentual de extubação não planejada situa-se em um ponto positivo na maioria das instituições pesquisadas neste estudo.

A distribuição da média e mediana do evento extubação não planejada pode ser verificada na Figura 36.

Figura 36 - Distribuição da média e mediana do evento extubação não planejada das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na Figura 36, com relação à média e mediana encontramos valores da instituição A de 2,0% de média e 1,4% de mediana, na sequência a instituição C com média de 1,6% e mediana 1,5%. As outras instituições não tiveram valores expressivos e variaram entre 0,0% a 0,4% de média.

Em comparação com o PROHASA (2012), segundo a incidência de extubação, a mediana foi de 0,52%, diferindo do resultado apresentado das instituições A e C.

Figura 37 - Distribuição do índice de extubação não planejada, segundo o ano e o mês, da Instituição A. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

A Figura 37, demonstra a *performance* do indicador de extubação não planejada da instituição A. Verifica-se que em 2011, alcançou os valores máximos de 17,0% de extubação, em 2012 de 8,7% do evento, com as ações adotadas pela instituição no ano de 2012 observamos reflexos em 2013, mantendo valores baixos.

De acordo com Yeh et al. (2004) e Boulaind (1998), a instituição se aproxima dos referenciais encontrados, os quais indicam que a incidência de extubação não planejada pode variar de 3% a 14%.

Figura 38 - Distribuição do índice de extubação não planejada, segundo o ano e o mês, da Instituição B. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

O indicador da instituição B, conforme visualizado na Figura 38, manteve variabilidade nos três anos entre 0,0% a 2,0%. Notamos que, no ano de 2012, houve uma redução nas notificações. Esse resultado ficou muito próximo de uma pesquisa realizada em 2014, em uma UTI, a qual demonstrou incidência de extubação não planejada foi de 0,53% (Bohomol, Park, 2014).

Figura 39 - Distribuição do índice de extubação não planejada, segundo o ano e o mês, da Instituição C. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Conforme mostra a Figura 39, a instituição C, no ano de 2010, apresentou oscilações nos percentuais (0,0% a 5,7%). No ano de 2011, possui um número expressivo, no mês de maio (5,9%), permanecendo nos meses subsequentes, até dezembro, sem nenhuma notificação (0,0%).

O reflexo no resultado do indicador, no ano de 2012, se deve às ações implementadas pela instituição, discutidas pormenorizadamente no Capítulo 7.

De acordo com Castellões e Silva(2009), em uma instituição privada, também, de grande porte foi constado um percentual de 8,3% de extubações não planejadas e, após algumas ações, o percentual foi para 2,85%, o que se aproxima do resultado da instituição C.

Figura 40 - Distribuição do índice de extubação não planejada, segundo o ano e o mês, da Instituição D. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

A instituição D apresenta nos três anos analisados, variações em suas notificações, com valores entre 0,0% e 2,5%.

Figura 41 - Distribuição do índice de extubação não planejada, segundo o ano e o mês, da Instituição E. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Conforme Figura 41, a instituição apresentou baixos índices de extubação não planejada, com variações entre 0,0% e 0,1%.

Nos estudos que avaliam a qualidade na assistência à saúde, a incidência de extubação não planejada em UTI Neonatal é um dos indicadores de processo mais importante, pois neste estudo, averiguamos que a extubação não programada contribuiu com 10,0% dos eventos. No estudo de Sharek et al. (2006), a extubação contribuiu com 8,3% dos eventos, índice considerado elevado para unidade de terapia intensiva neonatal.

Considerando os resultados deste indicador e os achados em literatura, há fortes indícios de subnotificação na instituição estudada, pois segundo o PROQUALIS (2014), pesquisadores da área da saúde pública revelaram que somente 10 a 20% dos erros chegam a ser notificados.

6.2.6 FLEBITE

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2002), milhões de punções intravasculares são realizadas cada ano, por isso, o uso de cateteres venosos periféricos pode originar complicações locais ou sistêmicas, com aumento da morbidade e do tempo de hospitalização (Lopez et al. 2004), sendo a flebite a mais frequente (Lanbeck, Odenholt e Paulsen, 2004). Não obstante, o CDC (2002) assinala que, embora a incidência de infecções locais ou sistêmicas associadas à CVP seja geralmente baixa, o seu impacto é grande, produzindo considerável morbidade anual devido à frequência com que esses cateteres são utilizados.

Figura 42 - Distribuição anual do evento flebite das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

A Figura 42 demonstra o desempenho das instituições quanto ao evento flebite. É possível verificar o elevado índice de flebite da instituição A; entretanto, apresenta-se, ainda, abaixo dos referenciais. As outras instituições apresentaram valores poucos expressivos.

Na maioria dos eventos mencionados nesta pesquisa, a instituição A possui maior número de notificações, com exceção do

indicador de erro de medicação. Há relatos de que em hospitais universitários ocorra maior número de eventos adversos, uma vez que os acadêmicos, ainda, não detêm destreza suficiente para a realização de procedimentos. Em contrapartida, por ser uma instituição que tem um papel significativo na formação dos profissionais, esse fato não permite concluir que uma instituição universitária seja o local onde mais ocorrem eventos, e sim que a equipe de saúde é a que mais notifica.

Essa incidência é menor que o padrão aceito de até 5% pela *Infusion Nurses Society* (INS, 2006). A literatura aponta taxas muito distintas que variam de 2,7% a 54,5% (Uslusoy, 2008; Tagalakakis et al, 2002; Ferreira, Pedreira e Diccini, 2007; Cornely Bethe, Pauls, 2002). Adicionalmente, há que se considerar a influência das características da amostra, bem como da equipe de trabalho, na ocorrência dessa complicação.

De qualquer modo, deve-se considerar que no tocante à notificação espontânea, estudos demonstram que os eventos são notificados em número menor aos que de fato ocorrem (Bohomol, Ramos, D'Innocenzo, 2009).

Inferimos, portanto, que as instituições participantes possuem subnotificação, se comparados, ainda, com outros estudos, como o estudo que evidenciou a porcentagem de 31,6% de flebite (Tertuliano 2014).

Na investigação de Nassaji-Zavareh, Ghorbani (2007) obteve-se a incidência de 26%. Esse aspecto é, ainda, confirmado em outra pesquisa que revelou incidência de flebite em torno de 10,5% (CDC, 2002).

A média e mediana do evento flebite, encontra-se explicitada na Figura 43.

Figura 43 - Distribuição da média e mediana do evento flebite das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na Figura 43 observamos a média e mediana do total da porcentagem de flebite, por instituição estudada, sendo a média de 2,0% do total de flebites e mediana de 1,6% da instituição A, seguido da média e mediana de 0,4% da instituição C; por outro lado, não houve diferenças expressivas das médias entre as instituições B (0,2%), D (0,1%) e E (0,1%).

Figura 44 - Distribuição do índice de flebite, segundo o ano e o mês, da Instituição A. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Com relação às flebites, encontramos, em 2011, na sua totalidade, um maior número de notificações, alcançando no mês de agosto um percentual de 7,9%; em 2012 verificamos uma redução dos eventos. Em contrapartida, no ano de 2013, constatamos um aumento nas notificações e os valores expressivos encontrados de 3,6% nos meses de junho e agosto.

Magerote et al.(2011), realizou um estudo em um hospital universitário e encontrou uma incidência de flebite de 25,8%. Essa incidência é 12 vezes maior do que os dados encontrados nesta pesquisa.

Urbanetto et al.(2011), também, realizou uma pesquisa, em um hospital universitário, apresentando alta incidência de flebite, 24,7%.

As referências levantadas reforçam, novamente, uma possível subnotificação do evento relacionado à flebite.

Figura 45 - Distribuição do índice de flebite, segundo o ano e o mês, da Instituição B. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Nos anos de 2010 a 2012 observamos constância nas notificações dos eventos de flebite ocorridos na instituição B, variando de 0,0% a 0,6%. Notamos, também, que em janeiro e dezembro, período de férias, em todos os anos, existe um decréscimo nas notificações.

Em estudo de Gonçalves (2011), também ficou evidenciado baixo resultado para flebite (0,2%), O autor remete à possibilidade de não percepção da equipe de coleta de dados quanto aos sinais indicativos de flebite.

Figura 46 - Distribuição do índice de flebite, segundo o ano e o mês, da Instituição C. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na instituição C, em todos os meses houve eventos relacionados à flebite, sendo a menor porcentagem alcançada de 0,1% em 2012 e a maior de 0,9% em 2010. Verificamos, também, constância em suas notificações, pois existe uma discreta variação com intervalos de 0,1% a 0,9%.

Figura 48 - Distribuição do índice de flebite, segundo o ano e o mês, da Instituição D. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Observa-se na Figura 48, que em 2013, em sua totalidade, há um aumento no número das notificações com uma discreta elevação no mês de fevereiro (0,5%). Constatamos, também, que não possui grandes oscilações entre os intervalos mantendo na faixa de 0,0% a 0,5%.

O baixo número de ocorrências notificadas nos três anos estudados remetem aos desafios a serem superados com relação à subnotificação dos eventos e, cada vez mais, a intensificação na implantação de uma cultura de segurança nas instituições.

Entretanto, é indiscutível que programas de qualidade nos serviços de saúde valorizem o monitoramento dos indicadores e, com isso, estimulem a notificação de todos os tipos de ocorrências.

Figura 49 - Distribuição do índice de flebite, segundo o ano e o mês, da Instituição E. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

De acordo com a Figura 49, em fevereiro de 2012, ocorreu o maior valor encontrado (0,6%); no ano de 2013, em todos os meses, não há nenhuma notificação do evento, com exceção do mês de janeiro (0,1%).

Não foi localizado em literatura dados referentes à incidência de flebites com o perfil próximo a instituição E.

6.3 COMPARATIVO DAS SÉRIES HISTÓRICAS ENTRE AS INSTITUIÇÕES COM DIFERENTES NÍVEIS DE ACREDITAÇÃO

A Figura 50 explicita o desempenho de cada instituição frente aos indicadores nos três anos analisados.

Figura 50 -Distribuição da média total, por indicador, segundo as instituições estudadas. Interior do Estado de SP, 2015

Notamos por meio da Figura 50, ao analisar todos os indicadores estudados, que de um modo geral, a instituição A apresentou um grande número de notificações, se comparada com as demais instituições, em quase todos os seus indicadores.

A instituição em questão possui um Serviço de Qualidade desde 2006 e conquistou a certificação Nível 1, em 2010 e, em 2014, Nível 2. Verificamos que a instituição vem apresentando crescimento no quantitativo de notificações, demonstrando amadurecimento no processo de qualidade e segurança do paciente. Nessa ótica, é fundamental que haja notificação dos eventos e que esses sejam monitorados pelos estabelecimentos de saúde, para que possam ser vistos como oportunidades de aprendizado e melhorias para o processo assistencial.

Uma ação importante adotada na instituição, que contribuiu para aumento no número de suas notificações, foi a utilização da ferramenta preconizada pelo IHI, para a busca por eventos adversos em prontuários, denominada - Ferramenta de Rastreamento Global do IHI para a Medição de Eventos Adversos.

Das instituições pesquisadas, a instituição A é a mais recente na conquista do selo de acreditação; entretanto, segundo Lai (2003)

e Schmaltz et al. (2011), em geral, a influência das práticas de acreditação no desempenho da organização torna-se significativa a partir do terceiro ano de adoção desse certificado, pois a partir desse período a sistemática de gestão e suas práticas estarão, devidamente, consolidadas e incorporadas às atividades dos profissionais produzindo efeitos sobre seus resultados.

A instituição B apresentou valores expressivos em dois indicadores (erro de medicação e UP), se comparados com a instituição A. Entretanto, são baixos os valores dos outros indicadores estudados. A instituição em questão possui a certificação Nível 1, desde 2008 e foi possível constatar que os resultados dos dois indicadores deveram-se às intervenções adotadas, principalmente, para o indicador de erro de medicação, no que tange a não punição dos trabalhadores, por ocasião da detecção de incidente.

A instituição C, que precede a instituição A, também, demonstrou valores muito significativos em todos os seus indicadores, principalmente, no indicador de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral. Observamos uma constante no resultado geral, em todos os seus indicadores, demonstrando uma sistemática bem consolidada em seus processos internos. Dessa forma, reconhecemos a presença da cultura de segurança imbricada no sistema da gestão hospitalar e isso se deve ao fato de a instituição possuir o processo de qualidade desde 1996; em 2005, a certificação plena e, em 2008, obteve a acreditação por excelência Nível 3.

Esse tempo de certificação, superior a oito anos é considerado de alta longevidade na adoção das práticas de acreditação (Alástico, 2014).

De acordo com o Projeto Sentinela da Segurança (2015), análises de correlação dos eventos e o nível de acreditação demonstraram que o número de notificações está diretamente

relacionado ao nível de maturidade da instituição em identificar e tratar seus eventos.

Ainda, segundo Schmaltz et al. (2011), e Lai (2003), o desempenho hospitalar pode ser afetado pelo tempo em que o hospital está acreditado. Destacam esses autores, que quanto maior a longevidade de implantação de práticas da acreditação, maior é a tendência a um melhor desempenho hospitalar. Um *survey* realizado pelos mesmos autores mostrou que hospitais com níveis mais elevados de acreditação apresentam desempenhos superiores a hospitais classificados em níveis de acreditação inferiores.

As instituições D e E possuem baixas notificações em todos os indicadores analisados.

A instituição D inicia seu processo de qualidade em 2009, com a certificação Nível 1, e vem intensificando suas ações ao longo dos anos. Em alguns indicadores, observamos a nítida diminuição de seus resultados, derivados de ações efetivas para a melhoria desses indicadores.

A instituição E está no processo de acreditação desde 2009 (Nível 1) e obteve recentemente (2014) o Nível 2 da acreditação ONA. A organização possui um perfil bastante específico das demais instituições analisadas, o que pode ter contribuído com reflexos nos resultados do seu indicador.

Cabe destacar que, além de se considerar o comportamento do resultado de cada indicador, uma das ações mais importantes é a análise aprofundada da *performance* que o indicador apresenta, ao longo dos meses/anos, a fim de possibilitar um diagnóstico mais preciso da necessidade de uma intervenção mais eficaz.

CAPÍTULO 7

INTERVENÇÕES REALIZADAS PELAS INSTITUIÇÕES FRENTE AOS RESULTADOS DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS

Frente aos resultados dos indicadores encontrados, nas cinco instituições – cenários deste estudo, acreditamos ser da maior relevância que fossem elencadas as intervenções realizadas pelas instituições de saúde, a fim de prevenir/minimizar a ocorrência de novos eventos.

Para tanto, foram averiguadas, junto aos serviços de qualidade de cada estabelecimento hospitalar, quais as ações/decisões tomadas para cada indicador.

A seguir encontram-se descritos esses processos, que conforme observamos no capítulo 6 foram fundamentais para a melhoria dos resultados dos indicadores.

7.1 INSTITUIÇÃO A

- Erro de Medicação

Dentre as ações de melhoria implantadas para o indicador erro de medicação destaca-se, primeiramente, a clarificação da conceituação de **erro de medicação**, junto à equipe multidisciplinar, considerando que tal falha pode ocorrer em todas as etapas da cadeia medicamentosa - desde a dispensação do medicamento até a sua administração propriamente dita.

As atividades de melhoria iniciaram-se em julho de 2012, com o processo de qualidade implantado desde 2009, com o propósito de disseminar a cultura de notificações dos eventos.

Assim, foram instituídas barreiras de prevenção, tais como: etiqueta diferenciada, na cor rosa, com o nome dos medicamentos de alta vigilância; dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância; análise técnica da prescrição médica pelo farmacêutico responsável; farmácia clínica em algumas unidades; mudança do protocolo de Preparo e Administração de Medicamentos (PAM) e a dispensação e devolução dos medicamentos por códigos de barras.

Além disso, foram implementadas a realização semestral de auditorias *in loco*, do preparo e administração dos medicamentos pela Comissão de Gerenciamento de Risco, composta por enfermeiro, médico e farmacêutico, incluindo, também, a análise do indicador de erro de dispensação e participação no treinamento admissional.

Com a finalidade de promover ações de educação em saúde e prevenir danos relacionados à assistência e a segurança do paciente, Severo et al. (2010) refere a necessidade das comissões de gerenciamento de risco, compostas por uma equipe multidisciplinar, estratégia que dará o devido apoio à investigação de eventos adversos.

- Queda de Paciente

Na instituição A, no mês de agosto de 2012, devido à problemas com a rede hidráulica dessa instituição, houve um aumento em notificações de queda de paciente em virtude, por exemplo, do acúmulo de água nos banheiros por ineficiência do escoamento.

As intervenções adotadas para a melhoria do resultado assistencial desse evento foram discutidas em reuniões multidisciplinares, com a participação do Serviço de Engenharia. Com isso, foram realizadas as reformas e as modificações necessárias na estrutura física, como nivelamento do piso.

Ainda, foram providenciados os consertos dos mobiliários, a saber: grades dos leitos e das rodas que estavam quebradas, que também corroboravam para a queda de pacientes.

Outra ação foi à identificação do risco de queda colocada, em placas na cabeceira dos leitos dos pacientes, bem como o devido registro, no prontuário e na prescrição de enfermagem, visando a prevenção do risco de queda.

Concomitantemente, houve a adequação do protocolo de prevenção de queda de paciente, conforme a mudança do perfil dos usuários, com acréscimo dos seguintes itens: utilização de calçados antiderrapantes; manutenção do ambiente com luminosidade adequada; instalação da campainha próxima do paciente; conservação das camas e macas com as rodas travadas.

Com relação a esse evento, segundo Correa et al. (2012), a indicação limitada das condições ambientais no momento da queda sugere que as equipes de saúde estão mais focadas nas condições clínicas e terapêuticas, descuidando-se da relevância que questões ambientais podem ter sobre a ocorrência de quedas e a evolução dos pacientes.

Importante aspecto realizado pela instituição foi a participação multidisciplinar nas discussões e busca da causa raiz para a

125 Intervenções realizadas pelas instituições frente aos resultados dos indicadores assistenciais

melhoria da performance do indicador, entendendo-se que cada componente da equipe de saúde ao agregar valor, possibilita o alcance de resultados mais eficazes.

- Úlcera por pressão

A instituição A estabeleceu modificações na forma de avaliação do indicador, efetuando, em algumas unidades, a separação dos pacientes com riscos para UP, daqueles que desenvolveram a UP.

Anteriormente, o indicador era calculado na contabilização do total de pacientes que tiveram a UP. No final do ano de 2013, o indicador foi estratificado de acordo com a escala de risco de Braden (sem risco, baixo risco, risco moderado, alto risco e altíssimo risco).

Outras ações adotadas foram: participação ativa da comissão interna de curativos, denominada CICURA, tanto na prevenção como no tratamento da UP instalada e a aquisição de novos dispositivos para prevenção da UP.

Alterações no protocolo de prevenção e tratamento da UP, também, foram realizadas com participação multidisciplinar, envolvendo os serviços de nutrição, de enfermagem e médico, bem como a identificação do risco de UP em placa na cabeceira do leito e prontuário.

Cabe salientar que a incidência de UP é referente aos números de casos novos surgidos em uma população de risco, ou seja, em pacientes que ainda não possuem a UP, mas tem risco de desenvolvê-la. É definida como a relação entre o número de pacientes que desenvolveram a UP em um determinado período e o número de pessoas expostas ao risco de adquirir a UP no mesmo período, multiplicado por 100. A prevalência é definida pela relação entre o número de pacientes com UP e número total de pacientes existentes na população (*International Guidelines*, 2009).

- Saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

Diante do elevado número de perdas de sonda, nos anos de 2011 e do primeiro semestre de 2012, a referida instituição adotou as seguintes medidas: após análise multidisciplinar, com envolvimento do serviço de farmácia, foi realizado a aquisição do tensoplast® não só para os recém-nascidos, mas, também, para os pacientes de risco, tais como: sudorêicos, agitados, crianças e idosos.

A participação da equipe multidisciplinar no levantamento dos riscos para a saída da sonda oro/nasogastroenteral foi fundamental e ocorreu durante as visitas diárias em cada unidade.

A instituição adota, não só para o evento de saída de sonda oro/nasogastroenteral, mas também para todos os indicadores estudados nesta pesquisa, a Ferramenta de Rastreamento Global do IHI para a Medição de Eventos Adversos, preconizada para a busca por eventos adversos em prontuários.

Essa ferramenta é um recurso criado para identificar com precisão os eventos adversos e medir a taxa de eventos ao longo do tempo. O rastreamento de eventos adversos ao longo do tempo é uma maneira útil de determinar se as mudanças implementadas estão sendo exitosas para a segurança nos processos de cuidado.

A metodologia da Ferramenta de Rastreamento baseia-se na revisão retrospectiva de uma amostra aleatória de prontuários de pacientes internados, com a utilização de "rastreadores" para identificar os possíveis eventos adversos (PROQUALIS, 2014).

- Extubação não planejada

As intervenções adotadas por essa instituição foram a mudança no protocolo de ventilação mecânica, também, com a participação da equipe multidisciplinar e discussão de casos dos

pacientes com risco de perda do tubo orotraqueal, com visitas dos profissionais das equipes de fisioterapia, enfermagem e médica, os quais analisam a necessidade de alterações na restrição química e/ou mecânica e outras intervenções.

- Flebite

Com relação às ações para o evento flebite, na instituição A, as flebites medicamentosas e mecânicas são direcionadas para análise do serviço de farmácia. Após a devida análise, o evento retorna para a área com as ações a serem efetuadas.

As flebites infecciosas são analisadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que sinaliza para as unidades o plano de ação que deverá ser aplicado.

Todos os pacientes com risco de flebite são registrados em impressos de avaliação de risco, placa na cabeceira do leito e adotadas medidas para prevenção. No PAM, consta a diluição dos medicamentos, troca dos frascos de medicação, o pH e demais informações importantes para prevenção/detecção da flebite química e/ou medicamentosa.

Outra ação importante adotada pela citada instituição foi a inserção do filme transparente, em qualquer tipo de dispositivo, para os pacientes que possuem maior risco de desenvolver a flebite. Durante o treinamento admissional, existe um momento em que é abordado sobre o protocolo medicamentoso e as formas de fixação e manutenção dos cateteres.

Legitimando as ações adotadas pela instituição A, Phillips (2001) menciona a importância da fixação adequada do cateter para prevenir irritação mecânica; protocolo de orientação sobre medicações irritantes e soluções hipertônicas e a troca dos frascos de soluções a cada 24 horas.

7.2 INSTITUIÇÃO B

- Erro de medicação

Na instituição B, ocorreu uma mudança significativa na conscientização de todos os trabalhadores, quando foram informados de que a notificação do erro de medicação não implicaria punição, conforme orientação do corpo diretivo, verificando-se um aumento expressivo de notificações. Os trabalhadores foram orientados, que não haveria necessidade de identificação da Não Conformidade (NC), tanto do nome do profissional, bem como do nome do paciente.

Outra ação importante ocorreu junto ao serviço de farmácia, quando se constatou a grande quantidade de erros que acontecia no momento da dispensação dos medicamentos. Em vista disso, foi necessário modificar os processos internos do serviço, tais como: dispensação unitarizada dos medicamentos e contratação de mais um farmacêutico para realização da análise de prescrição médica e realização da farmácia clínica.

Em uma pesquisa realizada pela Associação Nacional de Hospitais Privados - ANAHP, em 2010, constatou-se que todos os hospitais desenvolviam atividades de assistência farmacêutica, sendo que 95% monitoravam os erros com medicamentos, e cerca de 80% dos hospitais pesquisados realizavam unitarização de doses (ANAHP, 2010).

- Queda de paciente

Nesse evento, foi implementada como ação a campanha, “Risco de queda: Não caia nessa!”, realizada, periodicamente, com os profissionais e acompanhantes.

Como medidas de prevenção foram estabelecidas revisões técnicas de todas as camas hospitalares incluindo rodas e grades;

adequação de todas as campanhas dos quartos e banheiros, ênfase no protocolo de prevenção queda de paciente, além da criação de um projeto de auditoria interna, visando avaliar a adesão dos profissionais ao protocolo de prevenção de queda.

Nesse contexto, com relação ao mobiliário, segundo estudo de Teixeira (2012), as instituições devem adotar camas reguláveis, todas com grades, com a finalidade de prevenir quedas.

- Úlcera por pressão

O corpo diretivo desta organização observou que foram verificadas baixas notificações de UP, no ano de 2010. Frente a esse resultado o hospital adotou medidas para o aumento das notificações, sendo elas: alteração do protocolo existente, aplicação de Ácidos Graxos Essenciais - AGE®, Triglicerídeos de Cadeia Média - TCM®, relógio de mudança de decúbito, filme transparente e colchão piramidal.

Com referência ao uso de colchões, a AHRQ (2013), evidencia que as superfícies mais avançadas de apoio estático são mais eficazes que os colchões tradicionais na prevenção de úlceras em populações de alto risco.

A despeito disso, verificou-se que a característica dos usuários era de uma população mais idosa, dessa forma, preventivamente, foi empregada a aplicação do filme transparente, que tem contribuído para a diminuição no surgimento da UP. Nessa direção, foram constatados reflexos positivos dessas ações nos anos de 2011 e 2012.

Ainda, em 2010, havia muita dificuldade para detectar as UP pré-existentes, que vinham de outras instituições ou do domicílio, o que justifica os baixos valores encontrados. Em 2012, foi estabelecido que, quando não há possibilidade de mudança de decúbito devido ao quadro clínico do paciente, não é aberto o

relatório de notificação, o que resultou em diminuição no número de notificações do evento.

O monitoramento da manutenção da pele e a identificação da UP na admissão do paciente e durante a hospitalização é muito importante para acompanhamento do indicador (Meravilgia et al, 2002).

- Saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

A melhoria no resultado do indicador da instituição B deveu-se à revisão do manual de medicação, principalmente, na diluição, pois a maior parte das perdas de sondas era por obstrução devido ao uso de alguns medicamentos. Como resultado das ações, houve interação do serviço de farmácia e da diretoria técnica, no sentido de que a farmácia não liberará nenhum medicamento, responsáveis por obstruções nas sondas. Tal ação foi estabelecida em conjunto com a equipe médica. Outra ação foi a fixação das sondas para todos os pacientes com o Tensoplast®.

Corroborando com o estudo de Pereira et al. (2013), foi verificado que 36,0% dos principais motivos para perda de sonda ocorriam por obstrução, ou seja, incrustação do medicamento e/ou dieta.

- Extubação não planejada

A *performance* do indicador deveu-se a determinadas ações, consideradas importantes para o alcance de um resultado positivo, tais como: a implementação do protocolo de prevenção de extubação não planejada, em conjunto com o protocolo de prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV); elaboração de *ckech-list* e realização de auditoria interna para monitoramento das ações do protocolo de PAV e prevenção de extubação, ação realizada pelo enfermeiro da CCIH.

Na instituição, há o despertar diário para os pacientes que não possuem contraindicação, ou seja, a retirada da sedação do paciente por um determinado período, ação que contribui para a prevenção da PAV. Nesse momento, o enfermeiro, lança mão de vigilância constante para que não haja a perda do tubo orotraqueal. Foi necessário o envolvimento do serviço de fisioterapia, que na instituição é um profissional jurídico contratado.

Outra ação implementada diz respeito à troca da fixação e ao banho do paciente entubado, os quais são sempre realizados por dois profissionais.

Corroborando com o estudo de Castellões e Silva (2009) que afirmam que o paciente está mais suscetível a extubação não planejada durante os cuidados relacionados ao banho no leito, transporte, troca de fixação e mudança de decúbito, requerendo da equipe de saúde especial atenção no momento desses procedimentos.

- Flebite

Nessa instituição, foi realizada a adaptação do cateter com dispositivo de segurança. No final de 2012, as flebites bacterianas começaram a ser analisadas pela CCIH. Para as flebites químicas, a equipe estabeleceu o seguimento do manual de diluição, a própria unidade investiga o evento e elabora um plano de ação, se necessário, para cada flebite.

Outra ação adotada foi a realização de um treinamento para toda a equipe com relação às formas de prevenção e manutenção (fixação do cateter). No treinamento admissional são reforçados os procedimentos adequados de fixação e manutenção do dispositivo venoso.

Diante das recomendações da NHS (2007), podemos afirmar que a instituição em questão segue as ações de promoção da

capacitação contínua dos profissionais, para a utilização correta no manuseio de sondas, cateteres e seringas.

7.3 INSTITUIÇÃO C

- Erro de medicação

Nessa instituição houve uma mudança na cultura de notificação, com a inserção de barreiras de prevenção ao risco: o serviço de farmácia realiza análise técnica da prescrição, dupla checagem entre farmácia e enfermagem, sinalização das medicações de risco (alta vigilância), horários padrão para aprazamento de medicações, gerenciamento dos carros de emergência, unitarização de medicamentos, dispensação e devolução de medicamentos por código de barras, dimensionamento do quadro de pessoal da farmácia e enfermagem e remoção de medicamentos dos postos de enfermagem (focando principalmente nos eletrólitos).

Corroborando com Franciscatto et al. (2011), que diz a respeito da facilidade do acesso aos eletrólitos estarem presentes nas unidades de cuidado ao paciente, a menos que seja clinicamente necessário e, se estando à disposição, como é feito o cuidado para a prevenção de administrações inadvertidas. É recomendado que a instituição elabore políticas e procedimentos que previnam a locação de eletrólitos concentrados nas áreas de cuidado ao paciente.

Outra ação adotada foi a implantação de protocolo de prevenção para erro de medicação e monitoramento do indicador de assistência: incidência de erro de medicação.

Vale destacar a existência de um “time de prevenção”, que aplica treinamentos constantes para força de trabalho, tal como na integração admissional.

133 Intervenções realizadas pelas instituições frente aos resultados dos indicadores assistenciais

A instituição possui certificação ONA Nível 3, observando-se que de acordo com os resultados de seus indicadores, a acreditação hospitalar vem sendo uma ferramenta, que tem propiciado a evolução dos processos continuamente. Apesar de não evitar na totalidade a ocorrência de erros, tem sido uma oportunidade das instituições de saúde melhorarem a qualidade do atendimento, atenção e cuidado ao paciente (Duarte e Silvino, 2010).

Além disso, essa instituição possui certificação pelo Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), que tem o objetivo de contribuir com a melhoria contínua da qualidade hospitalar, possui um incentivo educacional que é a mudança de atitude e o incentivo ao trabalho coletivo, no aprimoramento dos processos de atendimento (CQH, 2012).

- Queda de paciente

As medidas adotadas para a melhoria desse indicador assistencial foram: a elaboração de protocolo assistencial de prevenção de queda de paciente e plano de cuidados: prescrição de plano de cuidados baseados no risco do evento adverso; sinalização do risco de queda em placa de acrílico fixada na cabeceira da cama do paciente; treinamento e capacitação da força de trabalho, incluindo os serviços terceirizados, para conhecimento da sinalização de riscos.

Identificação do risco de queda para os pacientes em regime de pronto atendimento por meio da fixação de etiqueta colorida; organização de “time de prevenção”, que responde à gerência de riscos e realiza treinamentos, reavaliação dos processos assistenciais e integração admissional, informatização do processo de notificação do evento adverso, monitoramento mensal do indicador estratégico do hospital relacionado à incidência de queda de paciente e elaboração de plano de ação na vigência de

incidência, superior à meta estabelecida para o indicador e realização de escala de risco Morse a cada 24 horas pelo profissional enfermeiro, corroborando com o manual da REBRAENSP (2013), o qual sugere a aplicação de escala de risco, como exemplo *Morse Fall Scale*.

Estudo de Correa et al. (2012) verificou uma diminuição no índice de queda subsequente à implantação de ações de caráter assistencial, tais como a identificação de risco no prontuário do paciente, semelhante à ação adotada pela instituição C.

- Úlcera por pressão

Para o monitoramento do indicador de UP o hospital C emprega a escala de Braden a todos os pacientes hospitalizados a cada 24 horas; a sinalização do risco de UP em placa na cabeceira do leito do paciente e na prescrição informatizada dos cuidados de enfermagem, a instituição de protocolo de prevenção e tratamento de UP; o monitoramento do indicador assistencial: incidência de UP; formação do “time de prevenção”, que aplica treinamentos constantes para força de trabalho e integração admissional.

Cabe ressaltar que a REBRAENSP (2013), polo Rio Grande do Sul, elaborou uma cartilha com os principais cuidados na prevenção da UP semelhantes aos achados da instituição C, tais como: instituir e monitorar o protocolo de avaliação de risco, prevenção e tratamento de UP, aplicação da escala de Braden, realização de educação permanente para toda a equipe multiprofissional com vistas à avaliação do risco e prevenção UP.

- Saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

A instituição estabeleceu as seguintes medidas para o indicador em questão: acompanhamento rigoroso do paciente em terapia nutricional pela Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

135 Intervenções realizadas pelas instituições frente aos resultados dos indicadores assistenciais

– EMTN, por meio do protocolo institucional; registro dos pacientes/dia em terapia nutricional via passagem de plantão informatizada; prescrição informatizada dos cuidados de enfermagem com aplicação de pacotes de prevenção; identificação do paciente através de placas com risco para a perda da sonda; monitoramento proativo do indicador assistencial: incidência de retirada não planejada de SNGE.

Essas ações vem ao encontro das evidências do estudo de Schmaltz et al. (2011), destacando que a acreditação gera como impacto-chave a realização de ações de preservação da segurança dos usuários (gestão de riscos), como mapeamento de riscos e eventos adversos dos serviços, uso de dispositivos, tais como: pulseiras, alertas, carimbos, placas de identificação e protocolo; essas ações melhoram o desempenho no quesito segurança do paciente.

- Extubação não planejada

Verificamos que as seguintes medidas foram aplicadas pela instituição, a saber: avaliação rigorosa de sedação (restrição química), verificação da pressão de *cuff* (quando aplicável), retirada precoce do paciente com ventilação mecânica, avaliação dos eventos ocorridos para correção e análise da causa raiz e o criterioso monitoramento do indicador incidência de extubação não planejada.

É pertinente destacar que o estudo de Ramalho Neto et al. (2014) demonstrou que o nível de sedação dos pacientes entubados, o adequado uso de dispositivos para fixação do tubo ou cânula endotraqueal são cuidados importantes na diminuição da incidência de extubação não planejada.

- Flebite

Dentre as intervenções implementadas para a prevenção/minimização de flebites estão o registro dos pacientes/dia com acesso vascular periférico, via passagem de plantão informatizada; prescrição informatizada dos cuidados de enfermagem; elaboração e acompanhamento de escala de risco para flebite; organização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para realização de escala de risco a cada 24 horas; instituição de protocolo de prevenção para flebite; monitoramento do indicador de assistência: incidência de flebite; sinalização do risco de flebite em placa na cabeceira do leito do paciente.

Além dessas ações, o “time de prevenção” de flebite aplica treinamentos constantes para força de trabalho, bem como na integração admissional.

7.4 INSTITUIÇÃO D

- Erro de medicação

Nesta instituição as ações iniciaram, em 2011, com a implantação do PAM, houve também, mudança na cultura de notificação com treinamentos *in loco* para os trabalhadores. Além disso, foram instituídas barreiras de segurança, legenda de cores para os medicamentos de alta vigilância, implantação de identificação diferenciada com uma etiqueta laranja para os medicamentos de alta vigilância.

No PAM foram contempladas, pelo farmacêutico, as doses máximas a ser administrada para cada medicamento, bem como o esclarecimento da prescrição médica, antes da administração quando observadas incongruências nas doses prescritas.

Realizou-se também, auditoria do preparo e administração dos medicamentos, processo denominado “Medicação Segura” com

137 Intervenções realizadas pelas instituições frente aos resultados dos indicadores assistenciais

foco nos nove acertos, com escolha aleatória dos trabalhadores a serem auditados.

Outra ação adotada foi a emissão semanal dos resultados das auditorias, com isso houve um aumento no número de notificações dos erros de medicação. Foram aplicadas "ações salva guarda", que são as ações de mitigação com discussão em conjunto com médico, enfermeiro e farmacêutico. Foi efetuado, ainda, o registro em prontuário dos eventos e das ações adotadas com apoio da gerência administrativa.

As intervenções realizadas pela instituição D assemelham-se às recomendações do *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP), cujas recomendações sugerem que para os medicamentos de alta vigilância, sejam estabelecidas e divulgadas listas de medicamentos potencialmente perigosos; procedeu-se a implantação das práticas de dupla checagem antes da dispensação, preparo e administração dos medicamentos, com a utilização de etiquetas auxiliares com cores ou sinais de alerta diferenciados nas embalagens e o fornecimento e a divulgação das doses máximas desses medicamentos (ISMP, 2012).

- Queda de paciente

O protocolo de prevenção de queda está implementado desde 2010, sendo estabelecida a necessidade de auditoria interna, mensal, para verificar a adesão às práticas preconizadas. A equipe de saúde constatou-se que, com o passar dos anos, houve uma maior adesão ao protocolo, o que refletiu no resultado do indicador. Ainda, foram elaborados *folders* com orientações para os pacientes/acompanhantes e familiares.

Se for identificado risco de queda o paciente/acompanhante são orientados para solicitar a equipe de enfermagem pela campanha, quando for necessário levantar-se do leito. Foi

estabelecido, também, que o tempo para atendimento das campanhas deve ser de cinco a dez minutos, pois é nesse momento que o paciente levanta e sofre queda. Foram instalados nas portas dos quartos placas de alerta quanto ao risco de queda. Outra ação importante estabelecida é o tempo de cinco minutos para atendimento da intercorrência no caso da necessidade do serviço de higiene.

Semelhante ao estudo de Correa et al. (2012), ficou demonstrado que o uso de protocolos e de indicadores de avaliação de queda são ferramentas gerenciais importantes no processo de melhoria da qualidade e da segurança na assistência ao paciente.

- Úlcera por pressão

Cabe destacar que a instituição, em 2012, iniciou a retomada da notificação do evento UP, frente à revitalização da comissão de curativos. Nessa oportunidade, houve a necessidade de revisão do manual da comissão de curativo com a participação do farmacêutico, da nutricionista, do enfermeiro e do médico.

Foi estabelecida a realização de visitas, todas as terças-feiras, para os pacientes com risco de UP ou na UP instalada de baixo e intermediário risco (de acordo com a escala de Braden). Foram realizados, também, a aquisição de novo curativo a vácuo e treinamento aos usuários para utilização do equipamento.

- Saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

A instituição, no ano de 2011, efetuou a substituição da marca da sonda oro/nasoenteral e procedeu a troca das medicações (omeprazol e pantoprazol), os quais causavam obstrução da sonda, resultando na revisão do protocolo de cuidados e prevenção de perda de sondas e a respectiva capacitação de toda a equipe de saúde envolvida no cuidado com a sonda. Após análise conjunta

139 Intervenções realizadas pelas instituições frente aos resultados dos indicadores assistenciais

com a CGR sobre os dados encontrados, ficou constatado que a maior parte das perdas das sondas ocorriam por obstrução.

Quanto à saída de sonda oro/nasogastrointestinais, o estudo de Nascimento et al (2008), em UTI, refere que a obstrução foi a segunda ocorrência mais frequente dessa natureza.

Pereira et al. (2013), corrobora com as ações dessa instituição, e reforça a necessidade de, frequentemente, avaliar, no mercado, novas marcas de sonda que permitam um acúmulo menor de resíduos e, conseqüentemente, risco reduzido de obstrução.

- Extubação não planejada

Com relação a esse evento, a instituição adotou as seguintes intervenções: revisão do protocolo de prevenção de extubação não planejada (revisão do processo); assistência multidisciplinar (fisioterapia, médico e enfermagem) quanto à fixação do tubo orotraqueal; cuidados com o *cuff* e contratação de mais um fisioterapeuta nas 24 horas.

Richmond, Jarog e Hanson (2011) citam a importância de enfatizar aos profissionais de enfermagem e da fisioterapia, quanto à observância de alguns detalhes básicos em relação à permeabilidade do tubo orotraqueal, técnica segura para sua fixação e profilaxia da extubação não planejada, as quais podem exercer um potencial mórbido e iatrogênico.

- Flebite

Para a instituição, o número de flebites infecciosas foi acompanhado por dois anos, pois até então não se evidenciavam bons resultados, por esse motivo, a CGR, comissão composta pelos membros: representante da farmácia, CCIH e do Escritório da Qualidade, discutiram as possíveis causas e estratégias para

diminuição das flebites. Esse grupo detectou que a tampa que fechava o dispositivo não era armazenada de forma correta e que mesmo assim era reutilizada.

Assim, os profissionais foram orientados para o descarte dessa tampa logo após o seu uso e outras tampas foram adquiridas para fechamento do local de inserção do dispositivo.

Outras dificuldades foram constatadas tanto no volume de infusão do soro, bem como na frequência com que ocorria a sorolização do acesso venoso. Diante disso, foi realizado treinamento para toda a equipe e, após quatro meses, foi detectada a diminuição dos casos de flebite.

7.5 **INSTITUIÇÃO E**

- Erro de medicação

Para a prevenção de novos erros de medicação esta instituição implantou o PAM e a dupla checagem de algumas medicações de risco (alta vigilância), no momento em que antecede a dispensação e durante o preparo do medicamento. Ainda, implantou *rounds* na passagem de plantão. Foi realizada a capacitação da equipe, para a adaptação dos novos certos, a fim de garantir a administração segura de medicação.

A orientação e o treinamento da equipe são essenciais para promover mudanças nos procedimentos, que são realizados inadequadamente com o objetivo de instituir melhores práticas (Teixeira; Cassiani, 2010).

- Queda de paciente

Principalmente em 2013, a instituição E estabeleceu ações para melhoria da *performance* desse indicador com a implantação do protocolo de prevenção de transposição do paciente e prevenção

de queda de paciente com acréscimo do deslocamento do recém-nascido em berço de transporte.

Outras medidas instituídas foram a identificação do paciente com risco de queda no momento da abertura da ficha de atendimento; devido ao tempo não estabelecido para jejum dos pacientes, consequentemente com risco elevado para queda, foi implantado o protocolo de tempo de estabelecimento do jejum com a participação do serviço de nutrição, inserção da pulseira, na cor amarela, para pacientes com risco de queda atribuindo, em conjunto, a orientação aos pacientes quanto aos riscos e a necessidade de acionamento da campainha, sempre, antes de levantar-se do leito ou poltrona.

Para a REBRAENSP (2013), na perspectiva do cuidado seguro, a prática da identificação de risco por meio de pulseiras coloridas está se tornando comum e, embora sirva como um mecanismo de alerta valioso, traz riscos implícitos caso não se utilize um código de cores padronizado, não só dentro de um serviço, mas, principalmente, entre serviços e instituições de atenção à saúde. Ainda, a rede sugere a cor amarela para pacientes com risco de queda, o que vai ao encontro da medida adotada pela instituição E.

- Úlcera por pressão

A instituição implantou o protocolo de prevenção de lesão de pele e UP além da aquisição de novos produtos elencados no protocolo, tais como: bolsa porta-cautério, que acondiciona a caneta no momento em que estiver sem uso, e não apoiá-la no paciente. Implantou, também, o acompanhamento direto da lesão de pele por equipe multiprofissional.

- Saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral

De acordo com os resultados apresentados, a instituição detectou que possui subnotificação do evento saída de sonda não planejada oro/nasogastroenteral. Por esse motivo, adotou as medidas de revisão do protocolo de técnicas de prevenção direcionado para saída da sonda oro/nasogastroenteral e realizou a capacitação e orientação da equipe de saúde quanto à importância da notificação do evento.

- Extubação não planejada

As ações realizadas pela instituição foram: revisão do protocolo de extubação não planejada, incluindo novas técnicas de fixação do tubo orotraqueal de acordo com o perfil do paciente e capacitação da equipe quanto aos cuidados na prevenção da extubação não planejada.

- Flebite

A instituição implantou o protocolo de indicação e inserção de cateter; protocolo de infusão de drogas vesicantes; adquiriu curativo transparente para todos os cateteres e implantou o PAM em que consta a diluição dos medicamentos. No entanto, caso ocorra a flebite é necessário identificar quais as medidas a serem adotadas após o que, foi realizado treinamento para as equipes envolvidas.

Ainda, foi realizada a implantação de *rounds* na passagem de plantão com o objetivo de detectar possíveis pacientes com riscos de flebite e, implantado o time de cateter, com aplicação da ficha de acompanhamento do acesso venoso na UTI Neonatal, e troca da marca do cateter central de inserção periférica (PICC).

7.6 COMPILADO DAS PRINCIPAIS INTERVENÇÕES ENCONTRADAS NAS INSTITUIÇÕES

Na Figura 51, podemos observar um compilado com as principais ações adotadas pelos hospitais para a melhoria do indicador relacionado ao erro de medicação.

Figura 51 -Distribuição da das intervenções relacionadas ao evento erro de medicação. Interior do Estado de SP, 2015

Em relação às intervenções, de acordo com a Figura 51, notamos que as ações que se destacam são os treinamentos que representaram o percentual de (100,0%) de todas as instituições participantes, seguido da implantação e/ou alteração do protocolo de preparo e administração de medicamentos (80,0%), mudança na cultura para as notificações do evento erro de medicação (80,0%) e diferenciação na cadeia medicamentosa para os medicamentos que são considerados de alta vigilância (80,0%).

Os medicamentos de alta vigilância (MAV) também conhecidos como de alto risco ou potencialmente perigosos são aqueles com maior potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais, quando um erro ocorre no curso de sua utilização. Apesar de as ocorrências com este tipo de medicamento ser menos comuns, as consequências ao usuário podem ser fatais (ISMP, 2012).

Destaca-se também, a participação dos farmacêuticos na ação farmácia clínica (60,0%). Outras ações não menos importantes realizadas nos hospitais foram: auditoria do processo de preparo e administração do medicamento (40,0%); dispensação unitarizada dos medicamentos (40,0%); dispensação e devolução dos medicamentos por códigos de barras (40,0%) e alteração do conceito erro de medicação, considerando toda a cadeia medicamentosa (40,0%).

Investir em auditoria é um compromisso muito valorizado pelos sistemas de acreditação, uma vez que demonstra compromisso com os pacientes e com a transparência das organizações (ANAHP, 2010).

Figura 52 -Distribuição da das intervenções relacionadas ao evento queda. Interior do Estado de SP, 2015

Na Figura 52, verificamos as intervenções relacionadas ao evento queda. Dentre as ações implementadas podemos salientar as modificações na estrutura física ou aquisição de equipamentos para melhoria da *performance* do indicador de queda (80,0%); seguido de treinamentos (60,0%); adequação ou implantação de protocolo de prevenção de queda (60,0%) e identificação do risco de queda em placa na cabeceira do leito ou prontuário (60,0%); posteriormente, aparecem as auditorias internas (40,0%), aquisição de pulseira de identificação para identificação do paciente com risco

145 Intervenções realizadas pelas instituições frente aos resultados dos indicadores assistenciais

de queda (40,0%) e prescrição de enfermagem com relação aos cuidados na prevenção da queda (40,0%). Com 20,0% observa-se a aplicação de escala de risco (escala Morse), estabelecimento de tempo para atendimento de campainha (20,0%) e entrega de folder de orientação para pacientes e acompanhantes (20,0%).

Fica evidente que a queda de paciente foi o indicador que teve um maior número de intervenções, seguido de UP. Importante notar, na grande maioria das instituições, a participação da equipe de saúde (equipe de enfermagem, engenharia, higiene, nutrição, entre outros) nas ações preventivas quanto ao evento.

Os dados encontrados nos estudos de Montalvo (2007), Currie (2008), WHO (2008) e Kurcgant et al. (2009) reforçam a tese de que indicador de queda faz parte dos chamados indicadores de segurança do paciente, considerados representativos para as estruturas e processos assistenciais, com impactos sobre a qualidade e segurança para o paciente e para o ambiente de trabalho.

Figura 53 - Distribuição das intervenções relacionadas ao evento úlcera por pressão. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Na Figura 53, podemos averiguar as ações adotadas para a melhoria do indicador de UP, destaque para a intervenção de

alteração ou implantação de protocolo de prevenção e tratamento de UP (100,0%); seguido de aquisição ou aplicação de novos produtos para tratamento da UP e a participação de outros profissionais ou comissões na identificação e/ou condução das UP. Com 60,0% aparece a aplicação da escala de Braden; na sequência a identificação do risco de desenvolvimento da UP (40,0%) e, respectivamente, com 20,0% são as ações de capacitação da equipe, adequação do indicador, prescrição de cuidados e adoção de time de prevenção das UP.

Corroborando com ANAHP (2010), um aspecto importante que foi avaliado nas instituições pesquisadas é a existência de protocolos clínicos, que evidenciam maior padronização no cuidado oferecido. Em 94% das instituições, analisadas pela ANAHP, existem protocolos institucionais implantados e monitorados e, são em sua grande maioria, instituições certificadas.

A adoção de práticas para a avaliação, prevenção e condução da UP é fundamental para todas as instituições hospitalares. Essas práticas devem ter sua origem em diretrizes baseadas em evidências que possam conduzir a prática clínica de forma adequada, com o intuito de reduzir a incidência de UP, pois as instituições de saúde devem garantir a segurança do paciente (Fernandes, 2006).

Pode-se notar que dentre os seis indicadores estudados nesta pesquisa, a UP foi o segundo indicador que teve um maior número de intervenções com relação aos outros eventos, sendo contabilizadas nove intervenções macro. Cabe ressaltar que as publicações nacionais destacam a importância do problema sob o aspecto de responsabilidade do profissional de enfermagem (Fernandes, Caliri e Haas, 2008).

É importante enfatizar que no estudo de Gabriel et al. (2011), o indicador de incidência de úlcera foi considerado muito pertinente

147 Intervenções realizadas pelas instituições frente aos resultados dos indicadores assistenciais

para qualificar a assistência de enfermagem, por 100% dos enfermeiros.

A participação do profissional enfermeiro não é só evidenciada sob o aspecto da UP, mas sim junto à sua equipe no processo de acreditação, conforme constatado no estudo de Manzo et al. (2012), realizado em um hospital privado, de médio porte, acreditado em nível de excelência, o qual demonstrou que o profissional enfermeiro tem atuação fundamental nesse processo, uma vez que participa ativamente nos momentos decisórios, estratégicos e operacionais.

Figura 54 - Distribuição das intervenções relacionadas ao evento saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral. Interior do Estado de São Paulo, 2015

De acordo com a Figura 54, as ações adotadas pelas instituições para a melhoria da *performance* do indicador assistencial relacionado à saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, observamos que a participação de outros profissionais ou comissões na prevenção da perda das sondas nasogastroenteral (80,0%) foi a intervenção que representou o maior índice.

Na sequência, a aquisição de dispositivo de fixação ou troca da sonda e revisão do manual ou protocolo aparece com (60,0%). Para a prescrição de cuidados de enfermagem ou médico e treinamentos é mostrado (40,0%), seguido pela intervenção de

identificação do risco de perda e troca da medicação com, respectivamente, cada um (20,0%).

Figura 55 - Distribuição das intervenções relacionadas ao evento extubação não planejada. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Notamos por meio da Figura 55, as intervenções do evento extubação não planejada, sendo que obteve destaque a ação de implantação ou alteração do protocolo institucional para prevenção da extubação não planejada (80,0%); na sequência a participação ou contratação de um profissional da fisioterapia (60%), posteriormente; com (40,0%) as ações de restrição mecânica ou química e os cuidados com *cuff* do tubo endotraqueal, e com (20,0%) os treinamentos e as auditorias internas.

149 Intervenções realizadas pelas instituições frente aos resultados dos indicadores assistenciais

Figura 56 - Distribuição das intervenções relacionadas ao evento flebite. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Em relação às intervenções relacionadas ao evento flebite, de acordo com a Figura 56, foi possível verificar que as ações com destaque foram os treinamentos que representaram (100,0%) de todas as instituições estudadas, seguido de implantação do protocolo de prevenção de queda (80,0%); análise realizada por outros profissionais (80,0%) e a adoção de medidas de prevenção com a aquisição de novos dispositivos (80,0%). A sinalização com relação ao risco de flebite aparece com 60,0% e, finalizando, observa-se com 20,0% a prescrição de cuidados com o dispositivo para prevenção da flebite.

CAPÍTULO 8

PROJEÇÕES DOS INDICADORES PARA O PRÓXIMO QUINQUÊNIO (2014 a 2018)

O Capítulo 8 discorre sobre um modelo que simula condições futuras, abordando uma das alternativas para a aplicação da metodologia de séries temporais, dos modelos denominados ARIMA.

Um modelo de série temporal é um conjunto de observações ordenadas no tempo e, que apresentam tendência serial, isto é, dependências entre instância de tempo (Barros, 2001).

A vantagem desse método é fornecer intervalos de confiança probabilísticos para as projeções e por apresentar melhores resultados do que os outros métodos estatísticos, uma vez que a série apresentada nesta pesquisa é relativamente longa.

Uma projeção acurada do indicador contribui para que as instituições possam ter um planejamento adequado de seus recursos e ações, para que, futuramente, possam apresentar uma posição melhor.

Dessa maneira, abaixo, constam as tabelas referentes a cada indicador com uma projeção de cinco anos.

Tabela 3—Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de queda das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Queda	Instituição A ARIMA(0,0,0)			Instituição B ARIMA(0,0,1)			Instituição C ARIMA(0,0,0)			Instituição D ARIMA(0,0,0)			Instituição E ARIMA(0,0,1)		
	Anos	Projeção	IC 95% inferior IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior IC 95% superior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior IC 95% superior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior IC 95% superior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior IC 95% superior	IC 95% superior
	1	5,2	0,0 11,9*	1,5	0,0 4,5		1,0	0,0 2,0		0,3	0,0 0,8		0,7	0,0 2,2	
	2	5,2	0,0 11,9*	1,5	0,0 4,5		1,0	0,0 2,0		0,3	0,0 0,8		0,7	0,0 2,2	
	3	5,2	0,0 11,9*	1,5	0,0 4,5		1,0	0,0 2,0		0,3	0,0 0,8		0,7	0,0 2,2	
	4	5,2	0,0 11,9*	1,5	0,0 4,5		1,0	0,0 2,0		0,3	0,0 0,8		0,7	0,0 2,2	
	5	5,2	0,0 11,9*	1,5	0,0 4,5		1,0	0,0 2,0		0,3	0,0 0,8		0,7	0,0 2,2	

Tabela 4—Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Saída de SNGE	Instituição A ARIMA(1,0,0)			Instituição B ARIMA(0,0,0)			Instituição C ARIMA(0,1,1)			Instituição D ARIMA(0,1,2)			Instituição E sem ajuste		
	Anos	Projeção	IC 95% inferior IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior IC 95% superior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior IC 95% superior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior IC 95% superior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior IC 95% superior	IC 95% superior
1	1,2%	0,0%	5,0%	0,8%	0,0%	2,2%	1,6%	0,1%	3,2%	0,2%	0,0%	3,0%*	-	-	-
2	1,2%	0,0%	5,0%	0,8%	0,0%	2,2%	1,6%	0,0%	3,3%	0,2%	0,0%	3,4%*	-	-	-
3	1,2%	0,0%	5,0%	0,8%	0,0%	2,2%	1,6%	0,0%	3,4%	0,2%	0,0%	3,7%*	-	-	-
4	1,2%	0,0%	5,0%	0,8%	0,0%	2,2%	1,6%	0,0%	3,5%	0,2%	0,0%	4,0%*	-	-	-
5	1,2%	0,0%	5,0%	0,8%	0,0%	2,2%	1,6%	0,0%	3,6%	0,2%	0,0%	4,3%*	-	-	-

Tabela 5 – Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de extubação não planejada das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Extubação	Instituição A ARIMA(0,0,0)			Instituição B ARIMA(0,0,1)			Instituição C ARIMA(1,0,1)			Instituição D ARIMA(0,0,0)			Instituição E ARIMA(0,0,0)			
	Anos	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior
1		2,0%	0,0%	7,8%*	0,4%	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	5,1%	0,2%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,1%
2		2,0%	0,0%	7,9%*	0,4%	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	5,1%	0,2%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,1%
3		2,0%	0,0%	7,9%*	0,4%	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	5,1%	0,2%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,1%
4		2,0%	0,0%	7,9%*	0,4%	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	5,1%	0,2%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,1%
5		2,0%	0,0%	7,9%*	0,4%	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	5,1%	0,2%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,1%

Tabela 6 – Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de flebite das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Flebite	Instituição A ARIMA(0,1,2)			Instituição B ARIMA(0,0,0)			Instituição C ARIMA(0,1,1)			Instituição D ARIMA(0,0,1)			Instituição E ARIMA(1,0,0)			
	Anos	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior
1		1,9%	0,0%	5,6%*	0,2%	0,0%	0,6%	0,4%	0,0%	0,9%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,3%
2		1,9%	0,0%	6,1%*	0,2%	0,0%	0,6%	0,4%	0,0%	1,0%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,3%
3		1,9%	0,0%	6,6%*	0,2%	0,0%	0,6%	0,4%	0,0%	1,1%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,3%
4		1,9%	0,0%	7,1%*	0,2%	0,0%	0,6%	0,4%	0,0%	1,2%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,3%
5		1,9%	0,0%	7,5%*	0,2%	0,0%	0,6%	0,4%	0,0%	1,2%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%	0,0%	0,3%

Tabela 7 – Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de úlcera por pressão das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

UP	Instituição A ARIMA(1,0,0)			Instituição B ARIMA(2,0,0)			Instituição C ARIMA(0,1,1)			Instituição D ARIMA(0,0,1)			Instituição E ARIMA(0,0,0)			
	Anos	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior
	1	0,5%	0,0%	1,9%	2,8%	0,6%	5,1%	0,8%	0,0%	3,7%*	3,6%	0,0%	9,8%	0,0%	0,0%	0,2%
	2	0,5%	0,0%	1,9%	2,8%	0,6%	5,1%	0,8%	0,0%	4,0%*	3,6%	0,0%	9,8%	0,0%	0,0%	0,2%
	3	0,5%	0,0%	1,9%	2,8%	0,6%	5,1%	0,8%	0,0%	4,3%*	3,6%	0,0%	9,8%	0,0%	0,0%	0,2%
	4	0,5%	0,0%	1,9%	2,8%	0,6%	5,1%	0,8%	0,0%	4,6%*	3,6%	0,0%	9,8%	0,0%	0,0%	0,2%
	5	0,5%	0,0%	1,9%	2,8%	0,6%	5,1%	0,8%	0,0%	4,9%*	3,6%	0,0%	9,8%	0,0%	0,0%	0,2%

Tabela 8 – Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de erro de medicação das instituições pesquisadas. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Estado de São Paulo, SP, 2016																
Erro de Medicação	Instituição A			Instituição B			Instituição C			Instituição D			Instituição E			
	ARIMA(0,0,0)			ARIMA(0,0,0)			ARIMA(0,1,0)			ARIMA(1,1,1)			ARIMA(3,1,0)			
Anos	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	Projeção	IC 95% inferior	IC 95% superior	
1	4,3%	0,0%	12,0%	8,2%	0,0%	16,8%	0,6%	0,0%	5,7%*	0,6%	0,0%	2,2%	0,6%	0,0%	1,5%	
2	4,3%	0,0%	12,0%	8,2%	0,0%	16,8%	0,6%	0,0%	6,9%*	0,6%	0,0%	2,3%	0,6%	0,0%	1,8%	
3	4,3%	0,0%	12,0%	8,2%	0,0%	16,8%	0,6%	0,0%	7,9%*	0,6%	0,0%	2,4%	0,6%	0,0%	2,0%	
4	4,3%	0,0%	12,0%	8,2%	0,0%	16,8%	0,6%	0,0%	8,7%*	0,6%	0,0%	2,5%	0,6%	0,0%	2,2%	
5	4,3%	0,0%	12,0%	8,2%	0,0%	16,8%	0,6%	0,0%	9,5%*	0,6%	0,0%	2,6%	0,6%	0,0%	2,3%	

Nas Tabelas 3,4,5,6,7 e 8 estão assinaladas como significantes (*) as instituições que exibiram valores bastante expressivos para cada indicador, devido a sua variabilidade ou por apresentarem dados mais altos. Esses dados estão apresentados, também, em forma de figura, para melhor ilustração do desempenho de cada uma delas.

Importante ressaltar que as faixas apresentadas nos gráficos são os intervalos de confiança, a faixa menor é o intervalo de 80% e a maior, a de 95%.

Figura 57 – Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de queda da instituição A. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Por meio da Figura 57 averiguamos uma tendência no aumento das notificações de queda de paciente da instituição A de 5,2; entretanto, com uma estabilidade para os próximos cinco anos. O gráfico apresenta valores de 11,9 para o intervalo de confiança superior a 95%.

A análise do passado deve mostrar que é razoável prever-se a obtenção de resultados futuros melhores que os atuais, o que

pode ser caracterizado como uma “tendência favorável”, dessa forma, é interessante notar que mesmo o indicador apresentando grande variabilidade mensal em suas notificações, ainda assim, segundo a projeção ficará abaixo do resultado dos anos anteriores.

Entretanto, se for considerado o estudo de Paiva et al. (2010), que analisou por 30 meses o número de queda, a taxa foi de 0,3 quedas por 1000 paciente/dia, as projeções em questão estão bem acima da literatura consultada.

Figura 58 -Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral da instituição D. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Com relação à saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, a Figura 58 mostra uma projeção de 0,2% nos resultados e no intervalo de confiança superior (95%) alcançando valores de 3,0% a 4,3%.

Em relação à incidência de saída de sonda, a literatura é escassa, além de utilizar metodologias e perfil de usuários diferentes para cada estudo.

Segundo Lorente et al. (2004), Venturi (2009) e Cervo (2013), estudos realizados em UTI geral, obtiveram valores para perda de

sonda gástrica que variavam de 0,88% a 4,6%, portanto, as projeções estão dentro dos valores encontrados.

Figura 59 -Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de extubação não planejada da instituição A. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Conforme a Figura 59, a projeção para extubação não planejada da instituição A é de 2,0% e o intervalo de confiança (95%) é de 7,8% a 7,9%.

No estudo de Bambi (2004), foi evidenciada uma incidência de 3 a 14% de extubações não planejadas. Valores acima das projeções, mas se comparados com o intervalo de confiança os valores estão dentro do referencial. O autor propõe como estratégia de prevenção da extubação não planejada, ações tais como: intensificar a segurança durante as intervenções de enfermagem, pesquisar os indicadores de riscos para a extubação acidental, implantar protocolos de sedação e conforto e métodos alternativos de contenção farmacológica e física.

Figura 60 -Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de flebite da instituição A. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

De acordo com o gráfico 60, a flebite tem uma projeção de 1,9% e um intervalo de confiança de 95% para o primeiro ano de projeção 5,6% e ao final do quinto ano de 7,5%.

Segundo estudo de Regis et al. (2009), realizado em um hospital geral, de grande porte, a incidência de flebite foi de 8%, se comparada com o resultado esse ficará próximo ao final do quinto ano.

A partir do resultado levantado e conforme observado em literatura seria oportuno que a instituição estabelecesse uma metodologia de auditoria contínua e acompanhamento da equipe que faz o manejo do acesso venoso, a fim de apropriar a equipe para intervenções preventivas no que tange a ações de mitigação para a flebite.

Figura 61 -Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de úlcera por pressão da instituição C. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Através da Figura 61 é possível verificar que o indicador de úlcera por pressão demonstrou uma projeção de 0,8% para os próximos cinco anos e um intervalo de confiança (95%). No primeiro ano, de 3,7% alcançando ao final do quinto ano 4,9% de úlceras por pressão.

Na Holanda, em dois hospitais de grande porte foram evidenciadas 6% de UP nos pacientes internados (Schoonhoven, 2007). O estudo de Anselmi et al. (2009), realizado em dois hospitais de grande porte, após uma intervenção educativa junto aos profissionais de enfermagem, evidenciou a incidência de 13,6% de UP.

Matos et al. (2010) demonstraram a incidência de 37,0% de UP, em uma UTI de um hospital público.

De qualquer maneira, os estudos apresentados demonstraram valores superiores as projeções; nesse sentido sugerimos um acompanhamento contínuo desse indicador, no intuito de averiguar a *performance* dos resultados alcançados.

Figura 65 -Projeção e intervalo de confiança do modelo de série temporal ARIMA do indicador de erro de medicação da instituição C. Interior do Estado de São Paulo, SP, 2015

Segundo a Figura 65 ao analisar a projeção do erro de medicação da instituição C, pode-se evidenciar uma projeção de 0,6% para os próximos cinco anos e um intervalo de confiança superior (95%) de 5,7% a um crescente, alcançando 9,5%.

Corroborando com a pesquisa de Cano e Rozenfeld (2009) que realizaram revisão sistemática da literatura com 29 estudos, sobre evento adverso relacionados a medicamentos, onde foi identificada uma frequência de pacientes internados com o evento, entre 1,6% a 41,4%.

Frente às projeções estatísticas, constatamos que a grande maioria dos indicadores demonstram um aumento no quantitativo de notificações, principalmente, nos indicadores de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, na instituição D, flebite, na instituição A e erro de medicação, na instituição C.

Sendo assim, para o indicador de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral, as projeções demonstram um aumento proporcional de 43% no número de notificações, ao término do

quinto ano. Para flebite o índice é de 34% e no erro de medicação 67%.

As projeções foram realizadas com o objetivo de auxiliar o processo decisório dos gestores. Tais projeções podem ser consideradas como o resultado de um conjunto de ações implantadas pelos profissionais de saúde, com intuito de incentivar as notificações dos eventos, demonstrando um amadurecimento quanto ao processo de qualidade e segurança do paciente. Dessa forma, pode-se concluir que nada ocorre de maneira totalmente espontânea, mas como consequência de intervenções, comportamentos ou decisões de múltiplos atores do processo, que convergem na direção do futuro.

Os desafios para as instituições participantes residem na implementação de medidas estratégicas, na gestão de risco para a segurança do paciente, ampliando, assim, a qualidade dos serviços prestados, de forma multidisciplinar.

CONCLUSÃO

A análise dos dados desta investigação, realizada em cinco hospitais acreditados, permitiu as seguintes conclusões:

Quanto à caracterização das instituições

❖ Referente ao nível de certificação alcançada, 2 (40,0%) eram ONA nível 1 ou Acreditado (Segurança do Paciente); 2 (40,0%) eram ONA nível 2 ou Acreditado Pleno (Gestão Integrada) e 1 (10,0%) possui ONA nível 3 ou Acreditado com Excelência (Excelência em Gestão).

❖ Com relação ao tempo de acreditação, os hospitais foram classificados entre igual ou superior a cinco anos, representando 3 (60,0%) e 2 (40%) igual ou inferior a cinco anos.

Quanto à descrição dos indicadores assistenciais

❖ A média geral dos eventos notificados foi de 13,9% de erros de medicação; a incidência de 8,7 de queda de paciente; 7,1% de úlcera por pressão. A porcentagem de saída não planejada de sonda oro/nasogastroenteral foi de 4,4%; o valor encontrado para extubação não planejada de 4,3% e, finalizando, a flebite 2,9%.

❖ O indicador com o resultado mais expressivo foi o de erro de medicação que pode ser atribuído às possibilidades de notificação em diversas fases da cadeia medicamentosa, por diversos profissionais.

❖ Quanto à média de erro de medicação por instituição, a maior média ocorrida na instituição B foi de 8,2% do total de erros, seguida da média de 4,3% da instituição A. Não houve diferenças relevantes das médias entre as instituições C (0,5%), D (0,5%) e E (0,4%).

❖ Com relação ao indicador de queda de paciente, verificamos a média de 5,2% da instituição A, seguida da média 1,5% da instituição B e 1,0% da média da instituição C. A instituição E demonstrou uma média de 0,7% e na sequência a instituição D com 0,3%.

❖ Para o indicador de UP, notamos o predomínio da instituição B em suas notificações com o máximo de 5,3% no ano de 2011.

❖ Quanto ao predomínio do indicador saída de sonda não planejada oro/nasogastroenteral houve um maior número de notificações da instituição A, alcançando pico de 9,1%. A maior média total observada foi o da instituição C com 1,8%, seguida da média de 1,2% da instituição A. A instituição B aparece com a média de 0,8%.

❖ Com relação à média do indicador de extubação não planejada encontramos 2,0% da instituição A, na sequência, a instituição C com média de 1,6%. As outras instituições não tiveram valores expressivos e variaram entre 0,0% a 0,4%.

❖ No indicador de flebite encontra-se a média de 2,0% do total de flebites da instituição A, seguido da média de 0,4% da instituição C, por outro lado, não houve diferenças importantes das médias entre as instituições B (0,2%), D (0,1%) e E (0,1%).

❖ Referente ao desempenho das instituições com diferentes níveis de acreditação, a instituição com maior nível, não confirma a hipótese de ter melhores resultados, mas, sim, de ter uma constância em seus resultados, demonstrando uma cultura de segurança mais arraigada em seus processos.

Quanto às projeções

❖ As projeções que mais apresentaram diferenças significantes para os próximos cinco anos foram as notificações de queda de paciente da instituição A com 5,2.

❖ A projeção para extubação não planejada da instituição A é de 2,0% e o intervalo de confiança (95%) é de 7,8% a 7,9%.

❖ De acordo com a projeção de flebite da instituição A foi de 1,9% e um intervalo de confiança (95%) para o primeiro ano de projeção 5,6% e ao final do quinto ano de 7,5%.

❖ O indicador de úlcera por pressão da instituição C demonstrou uma projeção de 0,8% para os próximos cinco anos e um intervalo de confiança (95%) no primeiro ano de 3,7%, alcançando ao final do quinto ano 4,9% de úlceras por pressão.

❖ Ao analisar a projeção do erro de medicação da instituição C, podemos evidenciar uma projeção de 0,6% para os próximos cinco anos e um intervalo de confiança superior (95%) de 5,7% com um resultado crescente alcançando no final do quinto ano de 9,5%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A acreditação hospitalar é consequência das ações de melhoria nas organizações e foi criada a partir de um modelo de gestão idealizado para garantir a segurança da assistência ao paciente.

A implantação e monitoramento dos indicadores assistenciais retratam os resultados dos processos implementados e as necessidades de intervenções, por meio das não conformidades identificadas.

Cabe destacar que, um dos pontos de fragilidade evidenciados nesta pesquisa, em alguns indicadores, foram as subnotificações das não conformidades, demonstrando que os processos estão fora de controle (instáveis), de acordo com as oscilações apresentadas.

Para a melhoria desse cenário, acreditamos que seja importante e necessário que a gestão clínica participe dos processos assistenciais, em conjunto com a equipe técnica e apoiada pela gestão administrativa.

Para tanto, a alta administração precisa reconhecer a importância de seu papel dentro das organizações e envolver-se, efetivamente, nos processos de gestão da assistência à saúde.

No entanto, é necessário a abertura da gestão para discussão dos resultados encontrados, com a participação ativa dos agentes responsáveis pelo manejo da assistência, uma vez que os profissionais envolvidos nesse processo precisam sentir e ser co-responsáveis.

Contudo, as instituições estudadas demonstraram como ponto forte, as várias ações adotadas para a melhoria no desempenho do indicador. Dentre essas ações, um aspecto que merece destaque, foi a criação e participação de comissões de gerenciamento de risco e a realização de auditorias internas (metodologia proativa) dentro dos processos assistenciais, uma vez que esse método promove a melhoria contínua e, conseqüentemente, a qualidade, independente do período de avaliação da certificadora.

No âmbito das intervenções adotadas pelas instituições, constatamos os reflexos nos resultados de alguns indicadores, conforme apresentadas no Capítulo 7.

Outra contribuição desta investigação diz respeito aos resultados projetados, pois o objetivo foi avaliar se o nível atual é fruto de uma gestão adequada ao longo do tempo; se o valor atual decorre de práticas que necessitam de continuidade, disseminação e integração. Com isso, os gestores/profissionais de saúde poderão traçar estratégias em seus processos internos, a fim de melhorar a qualidade da assistência, promovendo a evolução na *performance* dos indicadores.

Este estudo pode, também, ser replicado para a coleta de outros indicadores, por suas análises e propostas de recomendações baseadas nas melhores práticas, visando proporcionar a segurança da assistência e satisfação do usuário.

Os resultados deste estudo podem, ainda, contribuir no conhecimento por parte de outras organizações de saúde, acerca das intervenções aplicadas, considerando, indiscutivelmente, a adequação das singularidades de cada instituição.

Apesar da importância dos resultados obtidos, algumas limitações devem ser mencionadas e consideradas em outras investigações. Dentre elas destaca-se a coleta de dados, que é realizada pelo indicador institucional e não setorizada, dificultando a análise, pois na grande maioria dos referenciais pesquisados eles abarcam valores específicos setorizados.

A despeito da relevância da temática, produções científicas na área da saúde são escassas, o que reitera a necessidade de desenvolver pesquisas nessa direção, uma vez que elas podem fornecer subsídios para melhor compreensão das análises dos indicadores e contribuir na tomada de decisão.

Outra dificuldade foi a abertura das instituições para a coleta de dados, visto que tratam-se de indicadores que demonstram as falhas do processo assistencial, e não a qualidade da assistência.

Desta investigação, surgem também os desafios para o ensino, que consistem na inserção do tema segurança do paciente, qualidade e avaliação de serviços de saúde nas diretrizes curriculares e na necessidade de integração entre os diversos cursos na área da saúde, seja em graduação, pós-graduação ou de nível técnico.

Por conseguinte, as instituições necessitam trabalhar os indicadores com componentes positivos da assistência, efetuando a mensuração da qualidade da prestação do cuidado e realizando análises precoces daqueles pacientes que possuem risco elevado para determinados desfechos, avaliando assim, a efetividade da prevenção do evento.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária [internet]. Brasília; 2007. [citado 2012 Out. 5]. Disponível em: www.anvisa.gov.br.

Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety Indicators [Internet]. Maryland; 2015. [citado 2014 ago. 5]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/>.

Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on patient safety [Internet]. Maryland; 2014. [cited 2014 Out. 30]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/>.

Alástico GP. Impactos das práticas de acreditação no desempenho hospitalar: um *survey* em hospitais do Estado de São Paulo [tese]. São Carlos: Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, Universidade Federal de São Carlos; 2013.

American Nurses Association. ANA indicator history [internet]. Silver Spring; 1999. [cited 2012 Sep. 15] Available from: http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1/ANA-Indicator-History

Anselmi ML, Peduzzi M, França Junior I. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3): 257-64.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 1/2015. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde; 2015 [citado 2015 jul. 09]. Acessado em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/e62d9c0046e92471a19cb341cdd33a01/NOTA+TECNICA+01+2015+-+GVIMS+GGTES+ANVISA.pdf?MOD=AJPERES>

Bambi S. Accidental extubation in intensive care units: what implications for nursing care? *Assist Inferm Ric.* 2004,23(1):431-35.

Barçante, LC. Qualidade Total: uma visão brasileira, o impacto estratégico na universidade e na empresa. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

Barros AJS, Lehfeld NAS. Fundamentos da metodologia. 2ª ed. São Paulo: Makron Books; 2000.

Barros M. Processos Estocásticos. Rio de Janeiro: Plubit; 2001. Introdução as séries temporais e os modelos de ARIMA; p. 202-229.

Berdot S, Sabatier B, Gillaizeau F, Caruba T, Prognon P, Durieux P. Evaluation of drug administration erros in a teaching hospital. BMC Health Serv Res. 2012;(12)60:1-8.

Bohomol E, Ramos LH, D'Innocenzo M. Medication errors in an intensive care unit. J Adv Nurs. 2009;65(6):1259–67.

Bohomol E. ElH Park. Registros do indicador de qualidade extubação não planejada de cânula endotraqueal em unidade de terapia intensiva. RENOME. 2014;3(1):51-9.

Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. O mundo da saúde. 2011;35(5):319-331.

Boulaïnd T. Unplanned extubations in the adult intensive care unit: a prospective multicenter study. Association des Réanimateurs du Centre-Ouest. Am J Respir Crit Care Med 1998;157(4 Pt 1):131-7.

Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia de saúde da família. Brasília; 2006.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2010-2012. Brasília; 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2014 Nov. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

Braga AT. Análise do serviço de educação continuada de um hospital de ensino na visão da equipe de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Cano FG, Rozenfeld S. Adverse drug events in hospitals: a systematic review. Cad Saude Publica. 2009;25 Supl 3:S360-72.

Capucho HC. Sistemas manuscrito e informatizado de notificação voluntária de incidentes em saúde como base para a cultura de

segurança do paciente [tese] Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – SP, 2012.

Carayon P, Schultz K, Hundt A. Righting wrong site surgery. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2004;(30):405-10.

Castellões TMFW, Silva LD. Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(4):106-9.

Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the prevention of intravascular catheter – related infections. Washington; 2011.

Cervo AS. Eventos adversos em terapia nutricional enteral [dissertação]. Santa Maria: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.

Cerqueira MCM, Mendes VLPS. Avaliação da qualidade do programa de controle de infecção hospitalar. *Rev Baiana Enferm.* 2009;22/23 (1,2,3):33-44.

Clancy CM, Faquhar MB, Sharp BAC. Patient safety in nursing practice. *J Nurse Care Qual.* 2005;20(3):193-5.

Compromisso com a Qualidade Hospitalar [internet]. São Paulo; 2006-2012. [atualizado 2012; citado 2014 Out. 15]. Disponível em: <http://www.cqh.org.br>.

Consórcio Brasileiro de Acreditação [internet]. Rio de Janeiro; 2012. [citado 2014 Out. 15]. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br>.

Cornely OA, Bethe U, Pauls R, Waldschmidt D. Peripheral teflon catheters: factors determining incidence of phlebitis and duration of cannulation. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2002 May;23(5):249-53.

Correa AD, Marques IAB, Martinez MC, Laurino OS, Leão ER, Chimentão DMN. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(1):67-74.

Crozeta, K. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em um hospital de ensino [Dissertação]. Curitiba: Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná; 2009.

Currie L. Fall and injury prevention. In: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 [cited

2014 Jun. 10]. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2653/pdf/ch10.pdf>.

Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2014 Nov. 20]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington: OPAS; 1992. P. 382-404.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA.1988;260(12):1743-8.

Duarte MSM, Silvino ZR. Acreditação hospitalar x qualidade dos serviços de saúde. Rev Pesq Cuid Fundam. 2010;2(Supl.):182-5.

Effken J. Different lenses, improved outcomes: a new approach to the analysis and design of healthcare information systems. Int J Med Inf. 2002;(65):59–74.

Fabício SCC, Rodrigues RAP, Costa Júnior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2015 July 10] ; 38(1): 93-99. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000100013>.

Franciscatto L, Bessow CK, Ruzczyk JVA, Oliveira MA, Kluck MM. Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário. Rev HCPA. 2011;31(4):482-486.

Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):213-9.

Ferreira DP. Indicadores de saúde: construção e uso. In: Cianciarullo TI, Cornetta VK. Saúde, desenvolvimento: um desafio para os gestores do Terceiro Milênio. São Paulo: Ícone; 2002. p. 257-70.

Fernandes LM, Caliri MHL, Haas VJ. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. Acta Paul Enferm. 2008;21(2):305-11.

Fernandes LM. Efeito de intervenções educativas no conhecimento e práticas de profissionais de enfermagem e na incidência de úlcera por pressão em centro de terapia intensiva. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

Ferreira LR, Pedreira MLG, Diccini S. Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(1):30-6.

Flaatten H, Hevroy O. Errors in the intensive care unit (ICU): experiences with an anonymous registration. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1999;43(6):614-17.

Fortes MT, Mattos RA, Baptista TWF. Acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. *AMB Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2011 [citado 2014 Apr 26]; 57(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n2/v57n2a25.pdf>.

Gabriel CS, Melo MRAC, Rocha FLR, Bernardes A, Miguelaci T, Silva MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(5):1247-54.

Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEBC, Opitz SP, Cassiani SHB. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. *Rev. Latino-Am. Enferm;* 2010, 18(6):1055-61.

Gomes AQF. Iniciativas para a segurança do paciente difundidas pela internet por organizações internacionais: estudo exploratório [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

Gonçalves Filho AP, Andrade JCS, Marinho MMO. Cultura e gestão da segurança no trabalho: uma proposta de modelo. *Gest Prod.* 2011;18(1):205-20.

Gonçalves LA. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: carga de trabalho de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos e incidentes [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Grajales, RAZ et al. La calidad y seguridad del paciente: elementos conceptuales. In: COMETTO, MC et al. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington: Organización Panamericana de La Salud, 2011. Cap 11, p. 139-164.

Griffiths P, Jones S, Maben J, Murrells T. State of the art metrics for

nursing: a rapid appraisal. London: National Nursing Research Unit; 2008.

Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, Dunagan WC, Fischer I, Johnson S, et al. Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. *J Gen Intern Med*.2004;19(7):732-9.

Hopkins A. The limits of lost injury frequency rates. In: Positive Performance Indicators for OHS. Canberra: Commonwealth of Australia; 1994.

Indicadores PROHASA [Internet]. 2012 [cited 2014 Aug. 4];17(67). Disponível em: http://www.hc.fm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=446:proahsa-indicadores&catid=20:conteudo

Infusion Nurses Society. Infusion Nursing Standards of Practice. *J Infus Nurs*. 2006;29(1 Suppl.):S1-92.

Institute for Healthcare Improvement. Overview of the 100,000 Lives Campaign [internet]. Cambridge; 2004. [cited 2012 Nov. 20]. Available from: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/100kCampaignOverviewArchive.htm>

Institute for Healthcare Improvement [internet]. Cambridge; 2014. [citado 2014 Nov. 15]. Disponível em: www.ihl.org.

Institute for Safe Medication Practices. List of high-alert medications in acute care settings [Internet]. Pennsylvania; 2012 [cited 2014 Out. 27]. Available from: <http://www.ismp.org/tools/institutionalhighAlert.asp>.

Instituto Qualisa de Gestão [internet]. São Paulo; 2014. [citado 2014 Out. 15]. Disponível em: www.igq.com.br.

International Organization for Standardization [internet]. Genebra; 2012. [citado 2012 Out. 15]. Disponível em: www.iso.org.

Jarachovic M, Mason M, Kerber K, McNett M. The role of standardized protocols in unplanned extubations in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2011; 20(4):304-311.

Joint Commission International. Padrões de acreditação da *Joint Commision International* para Hospitais. 3ª ed. Rio de Janeiro; 2008.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system committee on quality of health care in America. Washington: Institute of Medicine; 2000.

Kristensen S, Mainz MHS, Bartels P. Establishing a set of patient safety indicators. 2007. [citado 2014 out 13]. Disponível em: http://hope.be/03activiteis/SIMPATIE_Patient_safety_establishing_indicators.pdf

Kurcgant P, Melleiro MM, Tronchin DMR. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(5):539-44.

Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM, Castillho V, Machado VB, Pinhel I, et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(n.esp 2):1168-73.

Kuschnir R, Lima LD, Baptista TWF, Machado CV. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: Gondim R, Graboio V, Mendes W organizadores. *Qualificação de gestores do SUS.* Rio de Janeiro: ENSP; 2011. p. 121-51.

Lai MC. An investigation into the relationship between total quality management practice and performance in a Taiwan public hospital [thesis]. Victoria(Australia): Faculty of Arts and Sciences, Australian Catholic University; 2003.

Lai MC, Tsay WD. Total quality management practices and hospitals performance: evidence in Taiwan. In: *Annals of the Annual meeting of the Western Decision Sciences Institute*; 2003; Hawaii. Hawaii: Western Decision Sciences Institute; .2003. p. 637-643.

Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human: what have we learned? *J Am Med Assoc.* 2005;293(19):2384-90.

Lerner RB, Carvalho M, Vieira AA, Lopes JM, Moreira ME. Erros medicamentosos em unidade de terapia intensiva neonatal. *J Pediatr (Rio J).* 2008;84(2):166-170.

Lopez V, Molassiotis A, Cham WK, Ng F, Wong E. An intervention study to evaluate nursing management of peripheral intravascular devices. *J Infus Nurs.* 2004;27(5):322-31

Lorente L, Huidobro MS, Martin MM, Jimenez A, Mora ML. Accidental cateter removal in critically ill patients: a prospective and observational study. *Crit Care.* 2004;8(4): R229-33.

Lorenzini E, Santi JAR, Báó ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014;35(2):91-6.

Magerote NP, Lima MHM, Silva JB, Correia MDL, Secoli SR. Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. *Texto contexto & enferm.* 2011;20(3):486-92.

Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJM, Alves M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(1):151-8.

Martínez QAA, Hueso MC, Gálvez GG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente Segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2010;18(3):8.

Matos LS, Duarte NLV, Minetto RC. Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Rev Eletrônica Enferm [Internet].* 2010 [citada 2015 Jun 03]; 124(4):719-26. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a18.pdf

Medeiros AL. Regressão múltipla e o modelo de ARIMA na previsão do preço na arroba do boi gordo [dissertação]. Itajubá: Instituto de Engenharia de Produção e Gestão, Universidade Federal de Itajubá; 2006.

Melleiro MM. Análise das dimensões de qualidade oriundas de modelos avaliativos em saúde [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras. Epidemiol.* 2005;8(4):393-406.

Meraviglia M, Becker H, Grobe SJ, King M. Maintenance of skin integrity as a indicator of nursing care. *Adv Skin Wound Care.* 2002;15(1):24-9.

Miasso, AI, Silva AEBC, Cassiani, SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakh FT. O processo de prepare e administração de medicamentos: identificação de problemas ara propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2006, 14(3):354-63.

Milane A. Quantos colocar no seu tabuleiro. *Revista melhores práticas*, São Paulo 2ª ed. 2012. [citado em 2014 set 25]. Disponível em: <http://www.revistamelhorespraticas.com.br/>

Montalvo I. The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *Online J Issues Nurs [Internet].* 2007 [cited 2014 June

10];12(3). Available from: <http://nursingworld.org/Research-Toolkit/NDNQI>

Mota NVVP, Coordenadora. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH-2006. Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). São Paulo: APM; 2006.

Nascimento CCP, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Rev Lat-am Enferm*. 2008;16(4):746-51.

Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(8):3591-3602.

Nascimento CC, Toffoletto MC, Gonçalves LA, Freitas WG, Padilha KG. Indicators of healthcare results: analysis of adverse events during hospital stays. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(4):746-51.

Nassaji-Zavareh M, Ghorbani R. Peripheral intravenous catheter-related phlebitis and related risk factors. *Singapore Med J*. 2007;48(8):733-6.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Conceito e classificação de ulcera por pressão: atualização do NPUAP. *Rev Estim*. 2007;5(3):43-4.

National Patient Safety Agency (NHS). Patient Safety Alert 19. Promoting safer measurement and administration of liquid medicines via oral and other enteral routes [Internet]. London; 2007 [cited 2014 Nov. 25]. Available from: http://www.dhsspsni.gov.uk/hsc_sqsd_50_08_working_group_recommendations.pdf.

National Patient Safety Agency. Slips, trips and falls in hospital [Internet]. London: NHS; 2007 [cited 2014 Nov. 27]. Available from: <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/alerts-and-directives/directives-guidance/slips-trips-falls/>.

Neuhauser, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. *Quality and safety healthcare*. v 12; 2003.

Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(Suppl 2):17-23.

Novaes HM. O processo de acreditação dos serviços de saúde. *Rev Adm Saude*. 2007;9(37):133-40.

Nuckols TK, Bell DS, Liu H, Paddock SM, Hilborne LH. Rates and types of events reported to established incidente reporting systems in two US hospitals. Qual Saf Health Care. 2007;16:164-8.

Observatório Associação Nacional de Hospitais Privados [Internet]. São Paulo; 2010. [citado 2014 Nov. 23]. Disponível em: <http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-anahp-2010>

O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, Gerberding JL, Heard SO, Maki DG. Guidelines for the prevention of intravascular catheter related infections. MMWR [Internet]. 2002 [cited 2014 Aug. 4];51(10). Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm>.

Oliveira OJ. Gestão da qualidade: introdução à história e fundamentos. In: Oliveira OJ (org.). Gestão da qualidade: tópicos avançados. São Paulo. Cengage learning, 2009.

Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing. 2004;33(2):122-30.

Oliver D, Hopper A, Seed P. Do hospital fall prevention programs work? A systematic review. J Am Geriatr Soc. 2000;48(12):1679-89.

Organização Nacional de Acreditação. Manual Brasileiro de Acreditação: organizações prestadoras de serviços de saúde. Brasília; 2010.

Organização Nacional de Acreditação [internet]. São Paulo; 2014. [citado 2014 out. 15]. Disponível em: www.ona.org.br.

Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, Prentice D, Fraser VJ, Kollef MH. Reporting of medical erros: na intensive care unit experience. Crit. Care Med. 2004;32(3):727-33.

Padilha KG. Ocorrências Iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados. Rev Paul Enferm. 2006;25(1):18-23.

Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW, Campana AO. Caracterização das quedas de pacientes segundo notificação em boletins de eventos adversos. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):124-8.

Paladini EP. Gestão da qualidade: teoria e prática. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Pereira SEM, Coelho MJ, Mesquita AMF, Teixeira AO, Graciano SA. Causas não planejada da sonda de alimentação em terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2013;26(4): 338-44.

Phillips LD. Complicações da terapia intravenosa. In: Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 236-60.

Pimenta AM. Controlo de formulações farmacêuticas baseado em sistemas de exactidão aferida [tese] Porto: Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto; 2003.

Projeto Sentinela da Segurança. Relatório 1º trimestre 2015 [relatório trimestral]. São Paulo: PBSP; 2015.

Proqualis: aprimorando as práticas de saúde [Internet]. Rio de Janeiro; 2014. [citado 2014 Nov. 20]. Disponível em: <http://proqualis.net/>

Proqualis. Ferramenta de Rastreamento Global do IHI para a Medição de Eventos Adversos [Internet]. 2ª Ed. Rio de Janeiro; 2014. [citado 2014 Nov. 27]. Disponível em: <http://homologacao-proqualis.icict.fiocruz.br/relatorio/ferramenta-de-rastreamento-global-do-ihl-para-medi%C3%A7%C3%A3o-de-eventos-adversos-segunda-edi%C3%A7%C3%A3o#.VSfDNpNF-YK>.

Quinto Neto, A. Processo de Acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa: Palmarica, 2000.

Quinto Neto A. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. Rev Adm Saude. 2008;10(41):140-6.

Ramalho Neto JM, Nascimento LB, Sousa da Silva GN, Menezes MS, Nóbrega MML. Extubação acidental e os cuidados intensivos de enfermagem. Revol. 2014;8(11):3945-52.

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo RG. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013 [citado 2014 Nov. 25]. Disponível em: http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo São Paulo [internet]. São Paulo: REBRAENSP; 2009 Dez. [citado 2013 Fev.09]. Disponível em: <http://rebraensp.blogspot.com.br/search?updated-min=2009-01->

01T00:00:00-08:00&updated-max=2010-01-01T00:00:00-08:00&max-results=3

Regis FC, Moura Junior DF, Figueiredo RAO, Bork AMGT. Gerenciamento do risco de flebite: vigilância de acesso venoso periférico em pacientes internados em hospital geral. In: Anais do 9º Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de saúde; 2009; São Paulo. São Paulo: QualiHOSP; 2009. p. 92.

Richmond AL, Jarog DL, Hanson VM. Unplanned Extubation in adult critical care: Quality improvement and education payoff. Crit Care Nurse. 2011;24(1):32-7.

Rogenski NMB, Santos VLCG. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(4):474-80.

Rothbarth S. Gestão da qualidade: um processo de acreditação hospitalar. [mestrado] – Programa de pós graduação em enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba; 2011.

Sari ABA, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. BMJ. 2007;334(7584):79.

Schiesari LMC, Kisil M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. Rev Adm Saude. 2003;5(18).

Schoonhoven L, Bousema MT, Buskens E; prePURSE-study group. The prevalence and incidence of pressure ulcers in hospitalised patients in The Netherlands: a prospective inception cohort study. Int J Nurs Stud. 2007;44(6):927-35.

Schmaltz SP, Williams SC, Chassin MR, Loeb JM, Wachter RM. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission Accreditation. J Hosp Med. 2011;6(8):454-61.

Schwendimann R, Bühler H, De Geest S, Milisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. BMC Health Serv Res. 2006;6:69.

Seabra S. Acreditação em organizações hospitalares [mestrado] Faculdade de Administração, contabilidade e economia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2007.

Segurança do paciente [Internet]. Brasília; 2014. [citado 2014 Nov. 15]. Disponível em: www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/.

Severo E, Righi EM, Gaspar MDL, Trianoski D. Educação em saúde frente a segurança do paciente: a epistemologia do gerenciamento de risco. In: Anais do 2º Congresso Internacional de Educação; 2010 mai. 27-29; Ponta Grossa. Ponta Grossa: CIEPG; 2010. p. 1-15.

Sgourou E, Katskiori P, Goutsos S, Manatakis Em. Assessment of selected safety performance evaluation methods in regards to their conceptual, methodological and practical characteristics. *Saf Sci*. 2010;48(8):1019-1025.

Sharek PJ, Horbar JD, Mason W, Bisarya H, Thurm CW, Suresh G, et al. Adverse events in the neonatal intensive care unit: development, testing, and findings of an NICU-focused trigger tool to identify harm in North American NICUs. *Pediatr*. 2006;118(4):1332-40.

Shinya I, Kanako S, Mika K, Shigeru F, Tohihiko H, Tomonori H. Development and applicability of hospital survey on patient safety culture (HSOPS) in Japan. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:28. DOI 10.1186/1472-6963-11-28.

Silva SC. Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva: impacto na gravidade e na carga de trabalho de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Silva AEBC. Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um Hospital Universitário de Goiás [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.

Silva LD. Segurança do paciente no contexto hospitalar. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(3):291-2.

Silva AMP. Proposta de um modelo de desempenho preventivo para apoio à atividade seguradora [dissertação]. Porto (Portugal): Faculdade de Engenharia, Universidade do Porto; 2012.

Soares de Lima SB, Erdman AL, Prochnow AG, Leite JL, Moreira MCH. Percepção dos enfermeiros do serviço de urgência e emergência em relação à acreditação hospitalar. *Enferm Global*. 2007;11:1-14.

The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report 2009 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2014 Mar. 16]. Available from em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>.

Tagalakis V, Kahn SR, Liberman M, Blostein M. The epidemiology of peripheral vein infusion thrombophlebitis: a critical review. *Am J Med.* 2002;113(2):146-51.

Tehewy M, Salem B, Habil I, El-Okda S. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations health units in Egypt: short-term outcomes. *International Journal for quality in health care;* 21(3): 183-189.

Teixeira, TCA. Análise de causa raiz de incidentes relacionados à segurança do paciente na assistência de enfermagem em unidades de internação, de um hospital privado, no interior do Estado de São Paulo [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2012.

Teixeira TCA. Cassiani SHB. Análise da causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):139-46.

Toffoletto MC. Erros de medicação em Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Toffoletto MC. Fatores associados aos eventos adversos em unidade de terapia intensiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgant P, Garcia AN, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Rev Gauch Enferm.* 2009;30(3):542-6.

Tronchin DMR. Indicadores de enfermagem no âmbito hospitalar: revisão integrativa de literatura [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Urbanetto JS, Rodrigues AB, Oliveira DJ, Dornelles FF, Rosa Filho JM, Gustavo AS, Schilling MCL. Prevalência de flebites em pacientes adultos com cateter venoso periférico. *Rev Enferm UFSM.* 2011;1(3):440-8.

Uslusoy E, Mete S. Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: a descriptive study. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20(4):172-80.

Van den Bemt PM, Fijn R, Van der Voort PHJ, Gossen AA, Egberts TCG, Brouwers JR. Frequency and determinants of drug administration errors in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2002;30(4):856-50.

Venturi KK. Qualidade do cuidado em UTI: relação entre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e eventos adversos [dissertação]. Curitiba: Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná; 2009.

Vieira FPC. Correlação entre tempo de assistência de enfermagem e indicadores de qualidade assistencial em UTI pediátrica e neonatal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Weinger MB. Patient safety. Bay Univ Med Cent. 2008;21(1):9-14.

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison NT, Newby L, Hamilton JP, et al. The quality in australian health care study. Med J Austr. 1995;163(9):458-71.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: the Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009.

World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research [Internet]. Geneva; 2008 [cited 2014 June 10]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf.

YakoY. Manual de procedimentos invasivo realizados no CTI: atuação das enfermeiras. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.

Yamamoto MS, Peterlini MAS, Bohomol E. Notificação espontanea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. Acta Paul. Enferm. [internet]. 2011 [cited 2015 abr 22]; 24 (6):766-771. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600006&ing=en

Yeh SH, Lee LN, Ho TH, Chiang MC, Lin LW. Implications of nursing care in the occurrence and consequences of unplanned extubation in adult intensive care units. Int J Nurs Stud. 2004;41(3):434-8.

Zanbon LS. Segurança do paciente em terapia intensiva: caracterização dos eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com a mortalidade e identificação de fatores de risco para sua ocorrência [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Zanon U. Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

_____, de _____ de _____.

Ilma Sr (a)

Prezada Sr (a)

Venho por meio desta, solicitar autorização para realizar a coleta de dados nesta instituição para o trabalho de pesquisa, intitulado: “Métrica de indicadores assistenciais de hospitais certificados do interior do Estado de São Paulo”, que tem por objetivos: Analisar a série histórica dos indicadores assistenciais empregados em hospitais após a acreditação pela Organização Nacional de Acreditação – ONA; Delinear as intervenções propostas frente às não conformidades, oriundas da métrica dos indicadores; Comparar as séries históricas dos hospitais com diferentes níveis de acreditação; Projetar a série histórica dos indicadores nos hospitais nos próximos cinco anos.

Aproveito o ensejo para esclarecer tratar-se de uma tese para obtenção do título de doutor na área de concentração de Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profª Drª Marta Maria Melleiro.

Outrossim, esclareço que não coloco em evidência a identificação de qualquer profissional participante, bem como desta instituição.

Informo também, que esse documento será elaborado em duas vias assinadas, uma ficará em posse da instituição e a outra com a pesquisadora.

Certa de poder contar com sua colaboração, coloco-me à disposição para outros esclarecimentos.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Pereira Bueno, 50, Vila Industrial – Campinas-SP, pelo telefone (19) 981335986 ou (19) 32911595.

No aguardo de sua resposta, aproveito a oportunidade para renovar meu protesto de estima e consideração.

Atenciosamente,

Aline Togni Braga

Diante dos esclarecimentos acima, autorizo a coleta de dados da referida pesquisa neste hospital.

_____, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE B**Questionário sobre indicadores assistenciais**

A) Dados Gerais:
Nome do Hospital:
Cargo do Respondente:
O Hospital é: () Público () Privado () Outro especificar _____
Número Total de Leitos:
Porte do hospital: () pequeno () médio () grande () especial
O Hospital é Acreditado desde: Nível Atual de Acreditação:
Ano de Obtenção do Nível de Acreditação Atual:

B) Quanto aos indicadores aplicados na instituição
Quem faz a análise crítica dos dados obtidos por meio dos indicadores? _____ _____ _____
Quais foram as intervenções propostas frente ao emprego dos seguintes indicadores:
ERRO DE MEDICAÇÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO
EXTUBAÇÃO ACIDENTAL
SAÍDA NÃO PLANEJADA DE Sonda ORO/NASOGASTROENTERAL
FLEBITE
QUEDA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A MÉTRICA DE INDICADORES ASSISTENCIAIS DE HOSPITAIS CERTIFICADOS DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Pesquisador: Aline Togni Braga

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15453113.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 264.130

Data da Relatoria: 30/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado que buscará verificar a repercussão do processo de acreditação hospitalar sobre os indicadores assistenciais. Por meio da acreditação hospitalar, a instituição possui um diagnóstico objetivo do desempenho de seus processos assistenciais e administrativos, sendo possível, com base nesse diagnóstico, compreender seus pontos fortes e suas fragilidades e, a partir daí adotar processos de educação permanente, discutir os itens da avaliação e estabelecer um plano de ação adequado para obtenção da melhoria do desempenho da instituição. É um estudo transversal retrospectivo a ser realizado em 11 hospitais do Estado de São Paulo certificados pela ONA. Os critérios de inclusão incluem: estar certificado pela ONA há pelo menos um ano; empregar os indicadores erro de medicação, perda de sondas nasogastroenteral, flebite, úlcera por pressão, extubação não planejada, há no mínimo, um ano; possuir somente a certificação ONA (nível I ou II ou III). A coleta de dados das variáveis será realizada a partir do banco de dados existente no Serviço da Qualidade das instituições envolvidas.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar a série histórica dos indicadores assistenciais adotados em hospitais acreditados pela Organização Nacional de Acreditação - ONA antes e após a certificação;

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 264.130

- Reconhecer as intervenções propostas frente às não conformidades encontradas nas instituições hospitalares certificadas, oriundas da métrica dos indicadores;
- Diagnosticar, no período pré e pós certificação, o estado dos indicadores empregados em 11 hospitais acreditados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos.

O estudo poderá trazer novos conhecimentos sobre o efeito do processo de acreditação na prática assistencial utilizando como medida os indicadores assistenciais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo utilizará fontes secundárias e a unidade de pesquisa será o hospital; os custos da pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta o termo de responsabilidade, mas no projeto ainda consta como TCLE. No termo não coloca qual será a fonte de dados

Recomendações:

Corrigir o nome do termo no projeto. No termo de responsabilidade acrescentar qual será a fonte de coletas de dados. Além de dizer que manterá o nome da instituição em sigilo, declarar que utilizará as informações obtidas com responsabilidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado e solicita-se que atenda as recomendações. Não será necessário retornar a este CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 264.130

SAO PAULO, 06 de Maio de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br