

Organizadores

Cicero Emanuel A. Leite

Ocilma Barros de Quental

Symara Abrantes A. de O. Cabral

Danielly Raquel de S. F. Guerra

Verusa Fernandes Duarte

A Segurança do Paciente

*uma visão multidisciplinar
sob o prisma do cuidado*

Primeira Edição | E-Book



A Segurança do Paciente

*uma visão multidisciplinar
sob o prisma do cuidado*

CAPA

Larissa Rodrigues de Sousa & Filipe Pereira da Silva Dias

COMISSÃO CIENTÍFICA

Msc. Ariadne Pereira Pedroza (HUJB-UFCG)

Msc. Carla Heloísa Alencar de Figueiredo (UFCG)

Msc. Cícero Emanuel Alves Leite (HUJB-UFCG)

Esp. Danielly Raquel de Souza Fernandes Guerra (HUJB-UFCG)

Msc. Edineide Nunes da Silva (HUJB-UFCG)

Dra. Eliane de Sousa Leite (HUJB-UFCG)

Msc. Francisco Ronner Andrade da Silva (FASC-FASP)

Msc. José Ramon Nunes Ferreira (HUJB-UFCG)

Msc. Joyce Wadna Rodrigues de Souza (UFCG)

Msc. Lorena Lorraine Oliveira Albuquerque (HUJB-UFCG)

Msc. Maria Carmélia Almeida Neta (HUJB-UFCG)

Msc. Maria Carmem Batista de Alencar (FASP)

Msc. Marllon Larry Oliveira Santos (HUJB-UFCG)

Dra. Ocilma Barros de Quental (FSM/HUJB-UFCG)

Msc. Patrícia Lopes Oliveira (HUJB-UFCG)

Msc. Pedro Bernardino da Costa Júnior (UFCG)

Msc. Renata Layne Paixão Vieira (HUJB-UFCG)

Msc. Rozane Pereira de Sousa (UFCG)

Msc. Sonally Yasnara Sarmiento Medeiros Abrantes (HUJB-UFCG)

Dra. Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral (UFCG)

Msc. Verusa Fernandes Duarte (HUJB-UFCG)

COMISSÃO EDITORIAL

Dra. Sayonara Abrantes de Oliveira Uchôa

Dra. Ocilma Barros de Quental

Dra. Renata Livia Silva Fonseca Moreira de Medeiros

Msc. Maria Carmem Batista de Alencar

EDITORAÇÃO

IDEIA – Inst. de Desen. Educ. Inter. e Aprendizagem

REVISÃO

Os autores

AUTORES

Alda Souza Figueredo

UFPR – Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem. E-mail: figueredoaldas@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2982654918882204>.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1514-3998>

Ana Caroline Lopes Tavares

Especialista em Enfermagem Neonatal. Coordenadora do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar-Naqh do Hospital de Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes-HTDLGF.
E-mail: anacaroline_lt@hotmail.com

Ana Elza Oliveira de Mendonça

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: anaelzaufnr@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5531967242281430>.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9015-211X>

Ana Yasmim Gomes de Lima

UFCG- Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: ana.yasmim@estudante.ufcg.edu.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3713806755630176>,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7081-3566>

Andressa Teixeira Santos

UNIFTC-Faculdade de Tecnologia e Ciências. E-mail: dessaenf@hotmail.com

Arieli Rodrigues Nóbrega Videres

UFCG/CFP - Universidade Federal de Campina Grande. Professora Doutora do curso de Graduação em Enfermagem. E-mail: arieli.rodrigues@professor.ufcg.edu.br,
<http://lattes.cnpq.br/0871415096151749>, <https://orcid.org/0000-0001-9582-8131>

Claudia Maria Fernandes

UFCG/CFP - Universidade Federal de Campina Grande. Professora Mestre do curso de Graduação em Enfermagem. E-mail: claudiaalegriaf@yahoo.com.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8950471667402438>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6899-4502>

Daniela Barella

Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva Adulto pela UCS. Mestranda pelo programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pesquisadora do GEPEP UCS. Universidade de Caxias do Sul, RS. E-mail: dbarella@ucs.br

Eduarda Marini

Enfermeira bacharel pela Universidade de Caxias do Sul (UCS), especialista em Gestão Hospitalar e Negócios em Saúde pela UCS, pós-graduanda em Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IEEP), pesquisadora do Grupo de Ensino e Pesquisa em Segurança do Paciente (GEPEP). E-mail: dudsmarini2@gmail.com.

Emerson Galdino Rodrigues dos Santos

UNIFTC-Faculdade de Tecnologia e Ciências
Galdinoegrs@gmail.com, links do Lattes <http://lattes.cnpq.br/3534368657709817>
Orcid <https://orcid.org/0000-0003-2290-4759>

Francilene Araújo de Moraes- HTDLGF/UFCG

Doutora em Administração e Mestre em Psicologia. Membro do Naqh do HTDLGF. Professora Substituta da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. E-mail: francilene.morais7@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1546276244212200>

Francisco Lindomar de Souza

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: souza.lindo@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0760795192088626>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7003-712X>

Fernando Roberto Moraes

Enfermeiro. Pós-graduando em Oncologia pela Universidade de Caxias do Sul. Pesquisador do GEPESP/UCS. E-mail: frmoraes1@ucs.br.

Gdeane Constantino de Almeida

UFCG- Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: gdeanealmeidacz@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0961221763813641>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2797-406X>.

Geofabio Sucupira Casimiro

UFCG/CFP- Universidade Federal de Campina Grande. Professor Mestre do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina. E-mail: geosucupira@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/8082306464151242> <https://orcid.org/0000-0002-4233-7336>

Geovannya Iran de Santana Andrade

UFCG/CFP - Universidade Federal de Campina Grande. Enfermeira Graduada. E-mail: giovania_iran13@hotmail.com <http://lattes.cnpq.br/3333527063357354> <https://orcid.org/0000-0001-6798-8891>

Gislene de Jesus Cruz Sanches

UNIFTC-Faculdade de Tecnologia e Ciências. E-mail: gislene.sanches@hotmail.com

Kaline Oliveira de Sousa

UFCG- Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: kaline.academico@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6556060668413976>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7193-4033>.

Karla Crozeta Figueiredo

UFPR – Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem. E-mail: karla.crozetafigueiredo@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8027027232828519>. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3544-5643>.

Kelly Alencar de Souza

FASP - Faculdade São Francisco Paraíba. E-mail: kellyalencarfasp@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4207114908679073>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7372-3566>

Kelvem Figuerêdo de Souza

UNIFTC-Faculdade de Tecnologia e Ciências. E-mail: kelve.16@hotmail.com

Kennia Sibelly Marques de Abrantes

UFCG/CFP - Universidade Federal de Campina Grande. Professora Doutora do curso de Graduação em Enfermagem. E-mail: kenniaabrantess@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/1933302185375710>, <https://orcid.org/0000-0001-6344-5478>.

Larissa de Lima Domingos,

UNIFACISA - Centro Universitário. E-mail: larissa.domingos@maisunifacisa.com.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/91617415703194461>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2212-1674>.

Loraine Machado de Araújo

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: loraine-machado@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0093927654185184>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9510-1810>.

Maria Amélia Lopes Martins

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: maria.amelia@estudante.ufcg.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3089583923101798>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5412-3036>.

Maíra Baptista da Silva

PUC- Pontifícia Universidade Católica de Minas. E-mail: mairabaptista14@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4325376138620668>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3393-5879>.

Maria Dhescyca Ingrid Silva Arruda

FASP - Faculdade São Francisco Paraíba, E-mail: dhescycaingrid20@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7335091958744582>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9073-7844>.

Maria Gabriela Martins Lopes

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: maria.gabriela@estudante.ufcg.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3498335312625033>, <https://orcid.org/0000-0002-9437-7647>.

Patrícia de Gasperi

Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. MBA em Produção Lean. Especialista em Auditoria em Saúde. Docente da graduação e pós-graduação das Ciências da Vida na Universidade de Caxias do Sul. Líder do Grupo de Ensino e Pesquisa em Segurança do Paciente da Universidade de Caxias do Sul GEPESP/UCS. E-mail: pgasperi@ucs.br

Pleycianna Trajano Ribeiro

Especialista em Enfermagem em UTI adulto e em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica. Membro do NSP do HTDLGF. E-mail: pleycianna@hotmail.com.

Ruan Souza Alixandre

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: ruansouzaalixandre@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6215360062592304>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4009-2176>.

Sheylla Nayara Sales Vieira

UNIFTC-Faculdade de Tecnologia e Ciências. E-mail: enfsheylla@gmail.com

Signey Everton Edival de Sousa

IFPB - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, UNIND. E-mail: signey.everton2000@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3399122140322865>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3229-7606>.

Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande, CFP, UAENF. E-mail: symara.abrantes@professor.ufcg.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9308542814186010>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7456-5886>.

Tamiris Alves Chagas,

UNIFACISA - Centro Universitário. E-mail: tamiris.chagas@maisunifacisa.com.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4598853702134652>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6236-1117>.

Talita Costa Falcão

Especialista Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente. Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) do Hospital Dom Luís Gonzaga Fernandes- HTDLGF e Hospital de Clínicas- HC. E-mail: talitacfalcao@gmail.com

Thaiane Almeida Silva

UFPR – Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem. E-mail: thaiane.pol@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0675743267516300>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2971-5937>.

Thais de Moraes Vieira

Enfermeira. Pesquisadora do GEPESP UCS. Universidade de Caxias do Sul, RS. E-mail: tmvieira1@ucs.br.

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

FACISA/UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: thaizax@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2813639308023253>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8673-0009>.

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort

UFRN- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde. E-mail: vivipspf@yahoo.com.br, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4210339574579951> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5187-4766>.



Reservados todos os direitos de publicação à
IDEIA – Inst. de Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem
Rua Tenente Arsênio, 420 – Centro
Cajazeiras – PB CEP 58.900-000
www.editoraideiacz.com.br

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora ou citação adequada da fonte. O conteúdo e dados apresentados na obra são de inteira responsabilidade dos seus autores e orientadores.

S456

A segurança do paciente: uma visão multidisciplinar sob o prisma do cuidado [e-book] / organizadores: Cícero Emanuel A. Leite, Ocilma B. de Quental, Symara A. A. de O. Cabral, Danielly Raquel de S. F. Guerra, Verusa Fernandes Duarte. – Cajazeiras, PB: IDEIA – Inst. de Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem, 2021.

119 p.

Vários autores.

ISBN 978-65-88798-15-7

1. Segurança do paciente. 2. Cuidado do paciente. 3. Assistência em saúde. I. Leite, Cícero Emanuel A. II. Quental, Ocilma B. de. III. Cabral, Symara A. A. de O. IV. Guerra, Danielly Raquel de S. F. V. Duarte, Verusa Fernandes. VI. Título.

CDU – 614.8

PREFÁCIO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, define segurança do paciente como sendo a 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 tratar ou outro tratamento.

A relação entre risco e cuidados à saúde é muito próxima. Entende-se como risco as condições, situações, procedimentos que, caso ocorram, podem resultar em efeito negativo para o paciente. Dessa forma, quanto maior o risco que o paciente corre, mais a sua segurança está em jogo.

A temática “Segurança do Paciente” propagou-se mundialmente no início dos anos 2000, após duas décadas, apesar dos avanços, surgiram novos desafios e prioridades, como erros de diagnóstico e segurança. Desde 2002 a OMS já tem esse tema como prioridade, porém, em 2004, deu-se maior ênfase a partir da criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

No Brasil, em consonância com as iniciativas internacionais na área de segurança do paciente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) deu destaque à participação do paciente e familiares em um dos quatro eixos fundamentais, enfatizando a importância da humanização, da comunicação efetiva e de se enxergar o paciente como uma importante barreira para a ocorrência de incidentes e eventos adversos. Atualmente, evidencia-se a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, no ano de 2013, revelando-se uma importante ação governamental para a segurança do paciente no Brasil.

A multidisciplinaridade, como o próprio nome sugere, é caracterizada pela atenção de múltiplas áreas do conhecimento ao paciente e familiares, a segurança do cuidado multidisciplinar impacta diretamente na qualidade da assistência à saúde. Os diversos olhares fortalecem o protagonismo do paciente e seus familiares, partindo do pressuposto de uma assistência holística e humanizada, onde os saberes interdisciplinares assegurarão uma terapêutica densa e segura.

A cultura de segurança pode ser definida como sendo atitudes e valores incorporados que devem encorajar e recompensar a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; promover o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes; e proporcionar recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança, nessa perspectiva se faz necessário a sensibilização da equipe interdisciplinar.

O livro “A Segurança do Paciente: uma visão multidisciplinar sob o prisma do cuidado” lança desafios na abordagem dessa preclara temática. O Hospital Universitário Júlio Bandeira de Melo, no mês de abril de 2021, promoveu o I congresso de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente e I Workshop de Infraestrutura Física: a arte de gerir obras públicas e manter edificações hospitalares. A obra científica selecionou trabalhos através da Comissão Científica do evento, apresentando dados locais e nacionais, com uma abordagem sob a ótica interdisciplinar relevante a essa temática.

*Danielly Raquel de Souza Fernandes Guerra
Verusa Fernandes Duarte*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO I	10
ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA GARANTIA DA SEGURANÇA À PARTURIENTE NO TRABALHO DE PARTO NORMAL	
CAPÍTULO II	19
BENEFÍCIOS DA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIAS NA TERAPIA MEDICAMENTOSA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE	
CAPÍTULO III	28
CONSTRUÇÃO TEÓRICA DA PESQUISA METODOLÓGICA SOBRE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA: RIGOR E COMPROMISSO ÉTICO	
CAPÍTULO IV	37
GUARDIÃO DO CORPO: RECONHECIMENTO SEGURO DO PACIENTE COVID 19 APÓS MORTE	
CAPÍTULO V	47
MAPA DE RISCO: SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR	
CAPÍTULO VI	55
O PAPEL DA REVISÃO DE ESCOPO NA ELABORAÇÃO DE UM CONSTRUTO PARA AVALIAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE	
CAPÍTULO VII	65
SEGURANÇA DO PACIENTE E LEAN HEALTHCARE: COMO TEM SIDO UTILIZADO PELA ENFERMAGEM	
CAPÍTULO VIII	77
SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA: PRÁTICAS DE ENFERMAGEM RELACIONADAS À IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CAPÍTULO IX	91
SEGURANÇA DO PACIENTE: INDICADORES DE QUALIDADE PARA A MANUTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
CAPÍTULO X	102
SEGURANÇA DO PACIENTE NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI	
CAPÍTULO XI	110
SEGURANÇA NA ANTISSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS NO CONTROLE DE INFECÇÃO CIRÚRGICA NO COTIDIANO DE UM CENTRO CIRÚRGICO	

APRESENTAÇÃO

O livro “*A Segurança do Paciente: uma visão multidisciplinar sob o prisma do cuidado*” é uma obra que aborda temas relacionadas à segurança do paciente, componente estrutural que tem se destacado nos processos de trabalho assistenciais e na gestão da qualidade de serviços de saúde, tendo o paciente como foco principal.

Nos processos de trabalho das instituições de saúde, a cultura de segurança do paciente consiste em desenvolver ações/atividades que objetivam reduzir riscos ao paciente durante sua permanência no serviço, cuidados que variam desde a sua identificação correta até a garantia de segurança na realização de procedimentos cirúrgicos. A cultura de segurança do paciente deve ser implementada de forma que os profissionais de saúde sejam motivados a praticá-la, sem a culpabilidade que pune o profissional que erra, mas, que favorece a aprendizagem institucional sobre o tema, para evitar erros futuros.

Campanhas como “Semana de segurança do paciente” e afins são fundamentais na sensibilização de gestores, profissionais e pacientes acerca da necessidade de prestar assistência de forma segura com o mínimo de riscos aceitáveis ao paciente. Neste sentido, destaca-se a realização do “*I Congresso de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente do Hospital Universitário Júlio Bandeira/Ebserh-UFCG e I Workshop de Infraestrutura Física: a arte de gerir obras públicas e manter edificações hospitalares*” realizado no mês de abril/2021.

O evento promoveu grandes debates entre estudantes, profissionais, gestores e palestrantes de renome nacional, e como um de seus frutos originou-se também este livro, que representa um marco para a assistência, o ensino e a pesquisa do HUJB, uma obra estruturada em 10 capítulos de fácil leitura que se complementam com perspectivas atuais referentes a segurança do paciente sob a ótica do cuidado multiprofissional.

A todos os leitores desejamos uma ótima leitura!

Cicero Emanuel Alves Leite
Edineide Nunes da Silva

CAPÍTULO I

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA GARANTIA DA SEGURANÇA À PARTURIENTE NO TRABALHO DE PARTO NORMAL

Maria Amélia Lopes Martins, Ruan Souza Alexandre, Maria Gabriela Martins Lopes e
Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral

Resumo

Falar sobre a segurança da parturiente é abordar temática essencial à saúde pública, pois visa prevenir erros no processo de cuidar e evitar danos posteriores causados por essas falhas, e a equipe de enfermagem configura papel crucial nessa perspectiva. O objetivo deste estudo foi conhecer as diferentes maneiras de atuação do enfermeiro no processo de assistência à parturiente no parto normal, bem como analisar fatores institucionais do ponto de vista assistencial. Refere-se a uma revisão de literatura desenvolvida a partir de busca nas bases de dados e bibliotecas virtuais SCIELO, BDENF, MEDLINE e LILACS, realizada em abril de 2021, utilizando os descritores “Trabalho de Parto” e “Segurança do Paciente”, interligados pelo operador booleano *AND*, obtendo-se 164 achados. Foram incluídos estudos escritos nos idiomas inglês, português e espanhol, disponíveis na íntegra, publicados entre janeiro de 2016 e abril de 2021, correspondentes aos objetivos do artigo. Excluindo os duplicados, restaram nove para discussão. Evidenciou-se a integralidade da atuação da enfermagem sendo observada mediante os processos desempenhados pelos profissionais, com a finalidade de garantir um processo de parto seguro, para a parturiente e seu recém-nascido. Portanto, o enfermeiro desempenha um papel fundamental diante dessa problemática e atua de forma crucial na garantia da segurança a parturiente.

Palavras-chave: Trabalho de Parto. Segurança do Paciente. Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Talking about the safety of the parturient is to address a theme essential to public health, as it aims to prevent errors in the care process and prevent further damage caused by these failures, and the nursing team plays a crucial role in this perspective. The objective of this study was to know the different ways in which nurses work in the process of assisting parturients in vaginal delivery, as well as analyzing institutional factors from a care point of view. It refers to a literature review developed from a search in SCIELO, BDENF, MEDLINE and LILACS databases and virtual libraries, carried out in April 2021, using the descriptors "Labor Labor" and "Patient Safety", interconnected by the Boolean operator *AND*, obtaining 164 findings. Studies written in English, Portuguese and Spanish, available in full, published between January 2016 and April 2021, corresponding to the objectives of the article, were included. Excluding the duplicates, there were nine left for discussion. The integrality of nursing performance was evidenced, being observed through the processes performed by the professionals, with the purpose of guaranteeing a safe delivery process for the parturient and her newborn. Therefore, the nurse plays a fundamental role in the face of this problem and plays a crucial role in ensuring the safety of the parturient.

Keywords: Labor. Patient safety. Nursing care.

1 INTRODUÇÃO

O processo de nascimento é algo natural, sendo considerado um evento íntimo que tem a participação de toda a família. Entretanto, esse papel de assistência à parturiente era sempre associado à figura feminina, sendo uma atividade exercida pelas parteiras e curandeiras, por serem elas as pessoas de confiança da parturiente e por conhecerem as técnicas que auxiliavam no parto, prestando conforto e segurança nesse momento, que, geralmente, acontecia em seus próprios lares (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Com o decorrer do tempo, o parto natural foi sendo transferido das casas das mulheres para as casas de saúde, com um intuito de oferecer maior assistência e segurança para as que se encontravam em situações gravídicas e puerperais. E, assim, o que ocorria no seio familiar, passou a ser vivenciado em esfera pública (MOURA *et al.*, 2007).

No fim do século XVI, a obstetrícia foi ganhando espaço e se tornando uma disciplina que contribui no processo de parto. Os médicos ocuparam posições importantes na utilização de ferramentas e de técnicas, com isso, a figura masculina foi se tornando indispensável para esse procedimento. As parteiras também foram sendo substituídas por cuidadoras, como enfermeiras, que, por terem mais contato com os pacientes, prestavam cuidados e atenção às mulheres grávidas (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Falar sobre segurança no processo de parto, não só à parturiente, como também ao recém-nascido, é abordar temática essencial no cenário da saúde pública, pois visa prevenir erros no processo de cuidar e evitar danos posteriores causados por essas falhas. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aborda a promoção da qualidade da assistência para maternidade segura, mencionando que a maternidade é o reflexo da mulher na sociedade (NICÁCIO *et al.*, 2020).

A busca por resultados positivos e assistenciais é um contexto solicitado pela família, para garantir que tudo ocorra como o esperado, cabendo aos serviços de saúde, ofertarem meios para que a equipe desempenhe essa função. O acesso oportuno e hábil aos serviços obstétricos, são alguns dos fatores que têm relação direta com o bem-estar da parturiente e de seu feto, pois quanto mais rápido ocorre a procura por assistência, melhor é garantida a segurança de ambos (FRANCHI *et al.*, 2020).

Para Nicácio *et al.* (2020), a cultura da segurança do paciente está amparada em uma instância organizacional, que deve ser compreendida por todos que compõem a equipe multidisciplinar de saúde. Pode haver prejuízos nessas questões quando ocorre uma falha na comunicação entre os indivíduos. Ademais, falhas na liderança e trabalho em equipe, bem como falta de conhecimento sobre essa cultura de segurança, são fatores que influenciam diretamente no desempenho dessa política.

A equipe de enfermagem configura um ponto crucial nessa perspectiva. O cuidar da paciente grávida não se limita apenas ao trabalho de parto ou parto, ela deve ser acolhida, compreendida e respeitada. O enfermeiro é aquele que está em constante contato com o paciente, seja nas Unidades Básicas de Saúde ou em grandes hospitais, diante disso, cabe a ele oferecer a melhor assistência e sempre buscar a garantia dos direitos da parturiente, respeitando sua condição fisiológica, sem intervenções desnecessárias e oferecer apoio a mulher e a família (ANDRADE *et al.*, 2017).

A luz dessas considerações, o estudo teve o propósito de conhecer sobre as diferentes maneiras de atuação do enfermeiro no processo de assistência à parturiente no parto normal, bem como analisar fatores institucionais do ponto de vista assistencial. Analisando a importância da cultura de segurança na esfera da maternidade.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, desenvolvido a partir de uma revisão de literatura, tipo de estudo que tem por objetivo fornecer um maior conhecimento acerca da temática abordada, proporcionando mais afinidade e familiaridade, tornando possível uma delimitação adequada do estudo, possibilitando a formulação de hipóteses e a descoberta de novos enfoques dentro do assunto (PRODANOV; FREITAS, 2013).

O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de abril de 2021, a partir das bases de dados e bibliotecas virtuais: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Base de dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a busca nas bases foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Trabalho de parto” e “Segurança do paciente”, combinados com o auxílio do operador booleano “AND”.

3 RESULTADOS

A partir do cruzamento dos descritores, emergiram 164 textos, desses foram selecionados os que estavam disponíveis na íntegra, publicados no período compreendido entre janeiro de 2016 a abril de 2021, com a intenção de acompanhar o processo de desenvolvimento das publicações mais recentes sobre a temática, além de textos escritos em português, inglês e/ou espanhol. Atendendo a esse critério, obteve-se um total de 134 artigos.

Em seguida, partindo de uma análise de títulos e resumos dos textos contidos nos critérios de inclusão, foram selecionados 34 artigos para a leitura completa. Por fim, foram excluídos artigos duplicados entre as bases e aqueles que, após a leitura total, não apresentavam relevância para o objetivo do trabalho. Restando, assim, 9 textos para compor a amostra desta pesquisa.

Quanto aos principais resultados colhidos, foram observadas as diferentes atuações do enfermeiro mediante os processos desempenhados por eles, além de ferramentas e tecnologias utilizadas para melhorar o quadro da segurança da parturiente dentro das maternidades. Além disso, também foram elencadas algumas dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem, que acabam por limitar e influenciar na qualidade assistencial da equipe.

4 DISCUSSÃO

Neste estudo foram contempladas algumas categorias para facilitar a compreensão acerca da temática abordada, mostrando os principais resultados encontrados a serem discutidos.

4.1 A SEGURANÇA À PARTURIENTE E O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

A enfermagem obstétrica está direcionada ao cuidado prestado à mulher no seu período gestacional, durante e posteriormente o parto, atendendo às suas necessidades e prestando suporte a ela. Segundo Nicácio *et al.* (2020), o cuidar seguro a parturiente está intimamente ligado à prevenção de eventos, como, por exemplo, a diminuição de erros e danos durante o processo de cuidar, realizar os cuidados de

acordo com o protocolo estipulado, fazer a identificação correta da paciente grávida e de seu bebê, e buscar sempre prevenir acidentes.

Andrade *et al.* (2017), citam que a assistência humanizada é uma proposta do Ministério da Saúde (MS), a fim de reduzir a mortalidade materna e neonatal. Cabe aos enfermeiros tratarem não só do processo de parto, mas principalmente a paciente, escutando-a, deixando-a a vontade e seguindo seus desejos para tornar esse momento mais especial, respeitando a sua autonomia, pois ela é a protagonista desse evento. Ademais, é crucial o fato de que os enfermeiros devem respeitar a fisiologia feminina, para que não se procedam intervenções desnecessárias, e que ofereçam suporte emocional às mulheres e a sua família, garantindo seus direitos de cidadãos.

Outra medida preventiva que pode ser utilizada pela equipe de enfermagem é citada por Vasconcelos *et al.*, (2013). O partograma é uma ferramenta que auxilia na atenção materna, foi lançada pela OMS a fim de prevenir os erros ocorridos no processo parturitivo, assegurando tanto o trabalho dos profissionais da saúde, quanto à segurança das pacientes. Essa ferramenta acompanha toda a evolução do parto, trazendo informações importantes e necessárias, como por exemplo: os batimentos cardíacos fetais, dilatação uterina materna, contrações uterinas, entre outras.

Além disso, esse instrumento facilita a comunicação entre toda a equipe multiprofissional, principalmente entre enfermeiros e médicos, bem como evita contradições, pois todas as informações relevantes estão anotadas. Essa intervenção teve resultados positivos, pois o processo parturitivo se torna mais seguro quando os dados estão alicerçados no Partograma.

O uso de tecnologias da informação (TI) é outra estratégia citada por Webb *et al.* (2017), que contribui para uma melhor qualidade na segurança ao paciente. Essa tecnologia já é utilizada em outros campos da saúde e os atuais estudos comprovam sua eficácia, citam ainda que ela também pode ser empregada na obstetrícia, para diminuir eventuais erros. Esse programa é baseado em três pilares: cultura de trabalho em equipe; emprego de estratégias de segurança perinatal; e implementação de um programa de simulação “*in situ*”. Essa medida é utilizada para padronização de eventos simples, como a administração de medicamentos, e demonstrou eficácia na melhoria da comunicação entre médicos e enfermeiros.

Santos *et al.*, (2020) e Sant’ana *et al.* (2017), reafirmam que a utilização de tecnologias de saúde pode qualificar a assistência voltada à mulher e o bebê, visando a melhoria dos cuidados e a conseqüente melhora da segurança. Dentre as TIs,

destaca-se a Lista de Verificação para Partos Seguros (LVPS) e o *checklist*, com o intuito de reduzir os problemas adversos, de tal modo, consiste em uma tabela que adiciona dados, desde a entrada da paciente até sua saída, com a constante atualização dos dados, pelos profissionais envolvidos na assistência, principalmente enfermeiros obstétricos. Nos países onde houve a aplicação, foi observada uma redução diante de problemas ligados à morte fetal e maternal. Problemas como hemorragias, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e infecções foram reduzidos conforme a utilização dessa ferramenta. Ela agregou a toda equipe de saúde, possibilitando melhoria considerável na segurança à parturiente.

4.2 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA SEGURANÇA À PARTURIENTE

Algumas dificuldades são encontradas em todo ambiente de trabalho, e não seria diferente nas maternidades. De acordo com Nicácio *et al.*, (2020), a má comunicação, falhas na liderança e no trabalho em equipe e análise inadequada das situações adversas, são as principais causas que afetam a segurança do paciente e são bastante comuns no processo parturitivo.

Ademais, Nicácio *et al.*, (2020) e Franchi *et al.*, (2020), mencionam que outro fator importante é a respeito da falta de conhecimento sobre a cultura de segurança. A desinformação sobre as medidas que contribuem para a melhoria da segurança, por parte dos profissionais de enfermagem e dos líderes, é um fator que impede a evolução positiva desse quadro. Além disso, também é mencionado o medo de assumir aquilo que não se sabe a respeito, o que pode vir a colocar em risco a sua carreira naquele ambiente de trabalho.

É de extrema importância mencionar que Nicácio *et al.*, (2020) reafirmam a importância de trabalhar o aprendizado organizacional e a melhoria contínua do trabalho em equipe no contexto das unidades básicas, pois essas constituem ambientes mais favoráveis para o avanço da cultura de segurança ao paciente, pois uma equipe integralizada potencializa o comprometimento dos profissionais com a paciente.

Um ponto de pouco conhecimento e bastante relevância, citado por Stichler *et al.* (2012) é quanto as jornadas de trabalho enfrentadas pelos enfermeiros, constituindo um trabalho braçal e repetitivo que, em algum momento, pode reverberar em problemas físicos como: dores nos corpos, tensões musculares, problemas de

coluna por conta de algumas atividades repetitivas, entre outros. Os enfermeiros, diferente de profissionais da fisioterapia, por exemplo, são ensinados a utilizar a boa mecânica do corpo e não recebem instrução para proteger seu próprio corpo, entretanto as funções dentro da maternidade exigem muito dos profissionais, por precisarem auxiliar as pacientes grávidas nas mais diversas dinâmicas físicas durante o acompanhamento da parturição. Então, é muito necessário que, além da segurança aos pacientes, seja trabalhada a segurança dos profissionais, buscando sempre compartilhar os serviços com toda a equipe, para que não haja sobrecarga e problemas posteriores.

5 CONCLUSÃO

Mediante o que foi exposto, é evidente como o assunto de segurança à parturiente no trabalho de parto é pertinente e tem uma importância extrema para toda sociedade. A atuação do enfermeiro é vista em todo o contexto situacional, envolvendo desde atividades mais simples até as mais complexas. É imensurável o papel desempenhado pela equipe de enfermagem na busca pela garantia dos direitos da mulher em seu momento de parto, e assisti-la, prestando acolhimento e segurança em todos os momentos.

Foram discutidas inúmeras ferramentas, algumas já testadas e comprovadas quanto a sua eficácia, que podem auxiliar na garantia de uma melhor assistência, bem como medidas preventivas. A associação desses recursos, atreladas a ações desenvolvidas pelos enfermeiros, reverberam diretamente na melhora da qualidade assistencial prestada.

Ademais, foram citadas algumas dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem, essas podem acarretar problemas dentro das unidades de saúde, dentre elas a comunicação, que é a base para o bom desenvolvimento de qualquer função e assim não seria diferente no ínterim das maternidades. A busca constante para reduzir erros básicos é a chave para oferecer sempre segurança à parturiente.

Portanto, nota-se que o enfermeiro, através do investimento na capacitação profissional, treinamentos e educação continuada quanto à cultura de segurança ao paciente, consolida-se como um profissional cada vez mais indispensável para garantia da integralidade da segurança à parturiente, proporcionando contribuições para a vida da paciente, família e sua equipe.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O., *et al.* Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Rev. enferm UFPE**. Recife, v. 11, n. supl 6, p. 2576-85, 2017.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23426/19113> DOI: 10.5205/reuol.9799-86079-1-RV.1106sup201712 Acesso em: 08 de abr. 2021.

FRANCHI, J. V. O., *et al.* Acesso a cuidados durante o trabalho de parto e parto e segurança à saúde materna. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 28, junho, 2020.

Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO104-11692020000100345 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292> Acesso em: 06 de abr. 2021.

MOURA, F. M. J. S. P., *et al.* A humanização e assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 60, n. 4, Jul-Ago, 2007. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400018&script=sci_arttext DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000400018> Acesso em: 06 de abr. 2021.

NICACIO, M. C., *et al.* Cultura de segurança da mulher no parto e fatores institucionais relacionados. **Texto contexto - enferm.** v. 29, jan-dez, 2020.

Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO104-07072020000100368 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0264> Acesso em: 07 de abr. 2021.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SANT'ANA, J. K. A., *et al.* A importância da utilização do *Check-List* de parto seguro na redução de riscos obstétricos e puerperais. **CuidArt e Enferm.** v. 11, n. 2, p. 300-303, jul-dez, 2017. Disponível em:

<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v2/300.pdf> Acesso em: 10 de abr. 2021.

SANTOS, M. C. et al. Prática segura para partos em hospital universitário. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**. Santa Maria, v. 10, e. 80, p. 1-21, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41489/html> DOI: 10.5902/2179769241489 Acesso em: 10 de abr. 2021.

STICHLER, J. F., *et al.* Compreendendo os riscos de lesões no local de trabalho de parto e parto. **JOGNN**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 71-81, 2012. Disponível em:

[https://www.jognn.org/article/So884-2175\(15\)31032-7/fulltext#secsto175](https://www.jognn.org/article/So884-2175(15)31032-7/fulltext#secsto175) DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01308.x> Acesso em: 9 de abr. 2021.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 4, Jul-Ago, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000400023&script=sci_arttext DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000400023> Acesso em: 06 de abr. 2021.

VASCONCELOS, K. L., *et al.* Partograma: instrumento para a segurança na assistência obstétrica. **Rev. enferm UFPE on line.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 619-24, Fev, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/INFOR/Downloads/13685-35248-1-PB.pdf> DOI: [0.5205/reuol.3073-24791-1](https://doi.org/10.5205/reuol.3073-24791-1) Acesso em: 10 de abr. 2021.

WEBB, J., *et al.* Avanço da segurança do paciente perinatal por meio da aplicação dos princípios da ciência da segurança usando TI de saúde. **BMC Med Inform Decis Mak.** v. 17, n. 176, 2017. Disponível em: <https://bmcmidinformedecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-017-0572-8> DOI: <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0572-8> Acesso em: 09 de abr. 2021.

CAPÍTULO II

BENEFÍCIOS DA REDUÇÃO DE INCIDÊNCIAS NA TERAPIA MEDICAMENTOSA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Larissa de Lima Domingos, Maria Dhescyca Ingrid Silva Arruda,
Maíra Baptista da Silva, Tamíris Alves Chagas e Kelly Alencar de Souza

Resumo

Introdução: a assistência de enfermagem busca meios para promover a segurança do cliente. Destaca-se a importância do tratamento medicamentoso adequado e adaptado para o paciente, evitando possíveis agravos. **Objetivo:** identificar os benefícios da redução de incidências na terapia medicamentosa para a segurança do paciente. **Metodologia:** revisão integrativa da literatura, realizada em março de 2021, na Biblioteca Virtual de Saúde, pelo cruzamento dos descritores: “Cuidados” e “Segurança do Paciente” e “Terapia Medicamentosa”, agrupados pelo operador booleano “AND”. Dessa forma, obteve-se 16 artigos, publicados em português e inglês, nos anos 2016 a 2021, nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF, dos quais 6 foram selecionados pela leitura na íntegra. **Resultados:** é de suma importância a implementação de condutas de segurança ao paciente, oferecendo maior cuidado e reduzindo os índices de incidências no procedimento de terapia medicamentosa. Sendo oferecidos melhor adesão ao tratamento, redução de infecções e baixo número de eventos adversos. **Considerações finais:** diante do exposto, torna-se evidente a importância de uma assistência qualificada, que tenha como foco a segurança do paciente. Há necessidade de explanação sobre a inclusão de novas tecnologias para auxiliar os profissionais na complexidade dos cuidados prestados para que reduzir as incidências medicamentosas e garantir a segurança do paciente.

Palavras-chave: Cuidados; Segurança do Paciente; Terapia Medicamentosa.

Abstract

Introduction: Nursing care seeks ways to promote client safety. Emphasizing the importance of appropriate and adapted drug treatment for the patient, avoiding possible problems. **Objective:** To identify the benefits of reducing incidences in drug therapy for patient safety. **Methodology:** Integrative review, carried out in March 2021, at the Virtual Health Library by crossing the descriptors: "Care" and "Patient Safety" and "Drug Therapy", using the Boolean operator "AND". Thus, 16 articles published in Portuguese and English, in the years 2016 to 2021, were obtained in the MEDLINE, LILACS and BDNF databases, of which 6 were selected for reading in full. **Results:** It is necessary to implement patient safety actions, offering greater care and reducing the incidence rates in the drug therapy procedure. Being offered better adherence to treatment, reduction of infections and low number of adverse events. **Final considerations:** Given the above, the importance of qualified care that focuses on patient safety becomes evident. Needing an explanation about the inclusion of new technologies to assist professionals in the complexity of care provided in order to reduce drug incidences and ensure patient safety.

Keywords: Care, Drug Therapy, Patient Safety.

1 INTRODUÇÃO

A terapia medicamentosa é um processo complexo que compreende diversas etapas, como regulação, ministração, organização, planejamento e supervisão. Diante disso, para que o procedimento aconteça de forma correta e preserve a segurança do cliente é necessária implementação de ações que minimizem os possíveis danos que possam acometer os pacientes (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

A enfermagem está diretamente envolvida no cuidado do paciente, evitando, assim, piora da sua situação clínica. Com isso, a assistência de enfermagem busca meios para sempre promover a segurança do cliente. Assim, destaca-se a importância do tratamento medicamentoso adequado, adaptado para a individualidade daquele ser, buscando evitar possíveis agravos como a falta de verificação de itens como prescrição, identificação do paciente e a via correta de administração (GUZZO *et al.*, 2018).

Além disso, as dificuldades no âmbito da saúde têm se elevado e, com isso, os cuidados e tratamentos de enfermagem estão em constante transformação. Apesar desses avanços, é visível a existência de um setor assistencial vulnerável e que apresenta riscos de segurança, desencadeando efeitos e provocando incidentes no cuidado ofertado (HENRIQUE *et al.*, 2017).

Segundo Gozzo; Santos; Cruz (2017), diante das intervenções para prevenção se destaca o conhecimento e classificação dos medicamentos, associado aos seus efeitos adversos e a importância de desempenhar um papel fundamental na prevenção, na identificação e acompanhamento das complicações. A segurança no ambiente hospitalar está inserida regularmente no serviço de enfermagem, por isso, no processo os profissionais envolvidos devem ter o conhecimento, as competências e habilidades técnicas essenciais para um manejo de qualidade.

Assim, destaca-se o papel da equipe de enfermagem na detecção de erros durante a prescrição medicamentosa, funcionando como uma alternativa para prevenir e reduzir as intercorrências. A partir desse olhar, observa-se também como fator influente nos acertos e erros medicamentosos o desgaste do profissional de saúde, em especial o da enfermagem, o que gera riscos à redução de incidências na terapia medicamentosa (CABRERA *et al.*, 2019).

No entanto, deve haver uma maior preocupação relacionada ao fornecimento da segurança do paciente, que é indispensável no cuidado humanizado, e demanda um

olhar holístico que auxilie na redução de danos e efeitos adversos causados pelas competências desenvolvidas durante a prestação desses serviços, sendo responsabilidade da equipe envolvida. Além disso, deve haver a notificação desses erros para que seja dada a atenção necessária que resulte na redução dessas falhas durante o processo de enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2016).

Através da literatura científica, é possível constatar a importância de implementação de medidas que vão contribuir para a redução de incidências na terapia medicamentosa, como melhor adesão ao tratamento, diminuição de infecções e baixo número de eventos adversos. Ademais, o objetivo deste estudo consolida-se nas evidências da literatura científica quanto aos benefícios da redução dessas incidências para a segurança do paciente.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, desenvolvido a partir de um protocolo norteador de busca de documentos online, indexados nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF. Foi realizada a busca dos artigos indexados nas referidas bases de dados em março de 2021, mediante o uso dos Descritores em Saúde (DeCS) “Cuidados”; “Segurança do Paciente” e “Terapia Medicamentosa” intercalados com o operador booleano AND entre eles.

A população do estudo, inicialmente triada foi composta por 298 manuscritos, ficando ao término da busca 6 artigos para composição da amostra, mediante a aplicabilidade dos critérios de inclusão a saber: estudos com texto completo disponível, assuntos principais segurança do paciente, erros de medicação, nos últimos cinco anos (2016-2021), e excluído aqueles que não atendiam ao objetivo da pesquisa ou se apresentam duplicados.

Para coleta dos dados formulou-se um instrumento para garantir a caracterização dos periódicos com os seguintes itens: autor, ano de publicação e base de dados indexados. Foi realizada a busca proveniente de manuscritos e fonte secundária de conteúdo indexado em base de dados de conteúdo aberto e, então, disponíveis de forma gratuita, dessa forma, não houve necessidade do presente estudo se submeter a nenhum Comitê de Ética e Pesquisa.

3 RESULTADOS

Mediante os 6 artigos que compuseram a amostra, o quadro 1 abaixo demonstra a distribuição dos manuscritos de acordo com o autor, ano de publicação e base de dados.

Quadro 1 - quadro de distribuição da amostra de acordo com o autor, ano de publicação e base de dados publicado.

ARTIGOS	AUTOR /ANO	BASE DE DADOS/REVIS TA	OBJETIVOS	RESULTADOS
Manutenção da permeabilidade e dos dispositivos de acesso venoso central em pacientes com câncer	CABRER A <i>et al.</i> , 2019	LILACS E BDNF/Rev. enferm. UERJ	Atualizar o conhecimento sobre a manutenção da permeabilidade dos Dispositivos de Acesso Vascular Central (DAVC) em paciente com câncer.	A obstrução dos DAVC ocorre em 36% dos pacientes com DAVC inseridos no período de 2 anos, que pode ser classificada como mecânica, por precipitação de medicamento/minerais e pela formação de coágulos. O uso de heparina demonstrou baixa evidência quando comparado ao Soro Fisiológico (SF), em relação a diminuição da obstrução.
Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units	SANTOS ; ROCHA; SAMPAIO, 2019	MEDLINE/Rev Gaucha Enferm	Identificar quais riscos e incidentes relacionados ao processo farmacoterapêutico são apresentados em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e apresentar propostas de ações gerenciais e práticas seguras, na percepção da equipe de enfermagem	A partir dos relatos dos participantes, foram organizadas categorias temáticas, sendo uma das categorias elencadas os riscos e incidentes relacionados ao processo de terapia medicamentosa, bem como as propostas de ações.
Segurança da terapia medicamentosa em neonatologia: olhar da enfermagem na perspectiva do	GUZZO <i>et al.</i> , 2018	LILACS E BDNF/Rev e Enf	Analisar os fatores que interferem na segurança no processo de medicação em uma unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal	A partir da análise, emergiram as seguintes categorias temáticas: Abordagem individualizada e cultura de punição dos erros de medicação; Fatores de (in)segurança relacionados à estrutura

pensamento ecológico restaurativo				física dos medicamentos na UTI neonatal; Fatores de (in)segurança relacionados a rotinas e protocolos; e a enfermagem como barreira para a ocorrência de falhas de prescrição médica.
Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da prevenção e manejo de extravasamento de drogas quimioterápicas	GOZZO; SANTOS ; CRUZ, 2017	BDENF/Rev. enferm. UFPE on line	Identificar o conhecimento dos profissionais da equipe de Enfermagem acerca da prevenção e manejo do extravasamento de drogas quimioterápicas durante o tratamento oncológico.	Observou-se que 62,5% dos profissionais não sabiam a ordem de escolha da punção periférica; 12,5%, que agentes quimioterápicos não podem ser administrados em membros com alterações motoras; 43,7%, que o aumento da resistência da infusão é um sinal indicativo de extravasamento; 75% desconhecem o uso da compressa quente para determinados quimioterápicos e 87,5% referiram que conhecem o protocolo de extravasamento da instituição.
Aprazamento seguro da terapia analgésica com opioides em paciente queimado: um estudo transversal	HENRIQUE <i>et al.</i> , 2017	LILACS E BDENF/Rev. enferm. UERJ	Descrever a terapêutica dos opioides na analgesia de pacientes queimados e identificar interações medicamentosas no processo de aprazamento, contribuindo para a prevenção da depressão respiratória.	Predominou a analgesia com os opioides tramadol (45,49%) e metadona (18,45%). Os horários de aprazamento predominantes foram 22h e 06h. Potenciais interações medicamentosas ocorreram em 66,6% dos casos, dos pares de medicamentos estudados, 88,8% podem causar com danos graves.
Identificação de reações adversas a medicamentos (ram) durante conciliação medicamentos a em hospital escola	FERREIRA <i>et al.</i> , 2016	LILACS E BDENF/Ciênc. cuid. saúde	Analisar as principais Reações Adversas a Medicamentos encontradas no setor de Clínica Médica de um hospital escola em Campos dos Goytacazes - RJ.	Os principais medicamentos envolvidos nas RAM foram losartana (12,5%), dipirona (10%) e tramadol (7,5%). As reações acometeram principalmente pacientes do sexo masculino (60%). Quanto à causalidade, 12 (30%) RAM foram classificadas como

				definidas, 19 (47,5%) prováveis e 9 (22,5%) possíveis, pelo algoritmo de Naranjo. Trinta e cinco RAM (87,5%) foram classificadas como reações do tipo A (previsíveis) e apenas 5 (12,5%) reações do tipo B (imprevisíveis).
--	--	--	--	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Observou-se que os principais benefícios da redução da incidência na terapia medicamentosa para segurança do paciente foram: melhor adesão ao tratamento, diminuição de infecções, e baixo número de eventos adversos.

A enfermagem precisa ser capacitada cientificamente sobre as medicações a ser administrada no paciente, a sua dose adequada, a farmacocinética, as interações medicamentosas, a via correta para administração, também fazer avaliação de possíveis eventos adversos que possam ser desencadeados, assim, sendo possível prevenir erros durante o processo de medicação e promover a segurança do paciente (HENRIQUE *et al.*, 2017).

A implementação de organização e planejamento das ações de enfermagem, por meio do monitoramento, criação de novas ferramentas e sistemas para o desenvolvimento de suas ações, como a administração de medicamentos, são formas de ofertar o cuidado da melhor forma e contribuir para a diminuição de incidência que ocorrem na terapia medicamentosa e, assim, colaborar para que os pacientes obtenham uma melhor adesão ao tratamento (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

A redução de infecção também influi de forma direta, já que o uso de medicamentos para o seu combate, principalmente dentro da área hospitalar é de grande índice, se relacionando com os demais medicamentos usados para o tratamento do paciente, quanto prolongando o tempo de internação. Dessa forma, o conhecimento atualizado do enfermeiro e as orientações adequadas para os pacientes evita complicações e contribui para um cuidado criterioso que fornece condições de bem-estar ao paciente (CABRERA *et al.*, 2019).

Os eventos adversos caracterizam-se por efeitos indesejáveis, que podem ser oriundos de atos intencionais ou não, são um dos graves problemas na assistência de saúde, podendo ocasionar danos aos pacientes. Esses erros são provenientes de falta

de planejamento para executar as ações, também devido a pouco conhecimento ou desconhecimento e desatenção (GUZZO *et al.*, 2018).

A diminuição das taxas de eventos adversos é um benefício diretamente relacionado para a segurança dos pacientes, pois reduz o número de internações, o tempo de internação hospitalar, os custos com tratamentos e diminuição das complicações por reações adversas que acarretam sérios riscos à saúde do cliente (FERREIRA *et al.*, 2016).

4 DISCUSSÕES

As características profissionais apontam a importância de uma equipe profissional qualificada para a ocorrência de um processo de administração medicamentoso correto e efetivo. Para garantir uma assistência eficaz são necessárias algumas condutas, como a análise de eventuais complicações que contribuam com a ocorrência desse evento adverso (GOZZO; SANTOS; CRUZ, 2017).

A identificação referente aos sinais de extravasamento se torna indispensável, para que possam ser revertidos possíveis efeitos adversos ao administrar uma determinada medicação e até mesmo o acometimento de um possível trauma vascular que possa causar desconforto no paciente (HENRIQUE *et al.*, 2017).

Faz-se necessário o repasse das informações referentes ao manuseio dessas condutas para os familiares que estão envolvidos no cuidado domiciliar, pois essa busca se torna mais frequente quando o paciente apresenta alterações, como necrose e ulcerações (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

A ausência do conhecimento sobre o protocolo e até mesmo as condutas que devem ser realizadas durante o procedimento acaba gerando bloqueios que causam impactos significativos nos serviços prestados aos pacientes, de modo que, há negligência por parte de alguns profissionais que descartam a padronização das técnicas e seguimento correto do protocolo estabelecido, o que dificulta a realização das condutas que serão realizadas diante de uma situação que esteja diretamente ligada à assistência e do cuidado (FERREIRA *et al.*, 2016).

A segurança do paciente deve ser assegurada a partir das realizações corretas de determinados procedimentos para que não haja eventos adversos e complicações no quadro clínico do paciente, pois isso irá impactar diretamente na qualidade de vida

e irá prolongar a permanência hospitalar que irá causar um desconforto e gerar conflitos.

A notificação desses erros se faz necessária para que seja possível um rastreamento e, posteriormente, a redução desses casos para que não prejudique a sua saúde, desse modo, deve ter monitoramento dos certos para realização das medicações, uma anamnese detalhada, para que tenha conhecimento sobre possíveis alergias de determinados medicamentos e, conseqüentemente, garantir a qualidade de vida e segurança do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto, fica evidente o papel do enfermeiro como contribuinte para a redução de incidências na terapia medicamentosa, sendo na detecção de erros da prescrição medicamentosa e na prevenção e redução de erros associados à medicação. Além disso, evidencia-se situações de perigo em que os pacientes estão apresentados, como os erros na administração dos medicamentos.

Com isso, observou-se a necessidade de adoção de práticas seguras, como identificação correta do paciente, informatização da prescrição médica e o olhar para as mudanças na organização do ambiente. Sendo assim, a redução de riscos e danos favorecem boas práticas de cuidado e o gerenciamento de modo seguro.

Portanto, empenho contínuo deve ser priorizado na prática, para promover benefícios na terapia medicamentosa, com intuito de promover e garantir promoção da segurança no âmbito hospitalar, levando em consideração um gerenciamento sem imprudências, incentivo à comunicação efetiva e o trabalho em equipe para reduzir ocorrências indesejáveis durante a medicação.

REFERÊNCIAS

CABRERA, Valdemar Franco *et al.* Manutenção da permeabilidade dos dispositivos de acesso venoso central em pacientes com câncer. **Rev. enferm. UERJ**, p. e39230-e39230, 2019.

FERREIRA, Carlos Eduardo Faria *et al.* Identificação de reações adversas a medicamentos (RAM) durante conciliação medicamentosa em hospital escola. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 445-451, 2016.

GOZZO, Thais de Oliveira; SANTOS, Laleska Andres Costa; CRUZ, Lóris Aparecida Prado da. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da prevenção e manejo de extravasamento de drogas quimioterápicas. **Rev. enferm.** UFPE on line, p. 4789-4797, 2017.

GUZZO, Gabriela Manito *et al.* Segurança da terapia medicamentosa em neonatologia: olhar da enfermagem na perspectiva do pensamento ecológico restaurativo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

HENRIQUE, Danielle de Mendonça *et al.* Aprazamento seguro da terapia analgésica com opioides no paciente queimado: Um estudo transversal. **Rev. enferm.** UERJ, p. [e28082]-[e28082], 2017.

SANTOS, Patricia Reis Alves dos; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; SAMPAIO, Camila Santana Justo Cintra. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. SPE, 2019.

CAPÍTULO III

CONSTRUÇÃO TEÓRICA DA PESQUISA METODOLÓGICA SOBRE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA: RIGOR E COMPROMISSO ÉTICO

Thaiane Almeida Silva e Karla Crozeta Figueiredo

Resumo

Introdução: A elaboração de um construto voltado à avaliação da cultura de segurança do paciente demanda a condução rigorosa de pesquisa metodológica. Dentre suas fases, a construção teórica, a partir de sólidos referenciais teóricos e metodológicos, deve ser escolhido criteriosamente e, além disso, exige aprofundamento por parte dos pesquisadores. **Objetivo:** Relatar o processo de construção teórica de uma pesquisa metodológica sobre Cultura de Segurança do Paciente, conduzida em um curso de mestrado acadêmico. **Metodologia:** Trata-se do relato de experiência da etapa de construção teórica de uma pesquisa metodológica. São apresentadas as três principais literaturas consultadas para a elaboração de um construto. **Resultados:** Foram consultados os livros: “Diagnóstico da Cultura Organizacional: O impacto do Valores Organizações no Desempenho das Terceirizações” de Giuseppe Russo, “Guia de sobrevivência da Cultura Corporativa” de Edgar H. Schein e “Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches”, dos autores John W. Creswell e John David Creswell. **Considerações finais:** A leitura atenciosa aos referenciais que embasam a pesquisa é de suma importância para garantir o rigor científico e metodológico, e o compromisso ético para com a academia, população a que se destinam os produtos resultantes da pesquisa, bem como à sociedade.

Palavras-chave: Cultura organizacional, Desenho de Pesquisa, Segurança do paciente.

Abstract

Introduction: The elaboration of a construct aimed at the evaluation of the patient safety culture demands the rigorous conduct of methodological research. Among its phases, the theoretical construction based on solid theoretical and methodological references must be chosen carefully and, in addition, requires further study by the graduate student. **Objective:** To report the process of theoretical construction of methodological research on Culture of Patient Safety, conducted in an academic master's course. **Methodology:** This is the experience report of the theoretical construction stage of methodological research. The three main literature people consulted for the elaboration of a construct are presented. **Results:** The following books were consulted: “Diagnosis of Organizational Culture: The Impact of Organizational Values on Outsourcing Performance” by Giuseppe Russo, “Corporate Culture Survival Guide” by Edgar H. Schein, and “Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches”, by authors John W. Creswell and John David Creswell. **Final considerations:** A careful reading of the references that support the research is of utmost importance to guarantee scientific and methodological rigor, and an ethical commitment to the academy, the population to which the products resulting from the research are destined, as well as to society.

Keywords: Organizational culture. Research Design. Patient safety.

1 INTRODUÇÃO

O rigor científico exigido pela academia, aliado ao dever ético, demanda a condução de pesquisas científicas com sinergia entre o fenômeno a ser pesquisado, a questão norteadora e o desenho de pesquisa. Nesse contexto, para que novas tecnologias, produtos e processos sejam elaborados, torna-se necessário empregar os procedimentos da pesquisa metodológica.

A pesquisa metodológica visa desenvolver ferramentas e métodos de pesquisa, aplicando etapas de validação e avaliação do construto (LIMA, 2011; POLIT; BECK, 2018). Luiz Pasquali (1997), filósofo, pedagogo e psicólogo, discorre em sua obra sobre três procedimentos para a condução desse tipo de pesquisa, são eles o teórico, empírico e o analítico. Esses procedimentos são compatíveis com a condução de uma pesquisa metodológica. A condução do procedimento teórico inclui tudo que diz respeito à fundamentação daquilo que se objetiva elaborar (PASQUALI, 2010).

O modelo descrito por Pasquali, apesar de pertencente à Psicologia, é empregado em outras disciplinas. Visa a construção de escalas que se aplicam a teste psicológicos, contudo, seus procedimentos têm sido utilizados nas pesquisas de Enfermagem, cujo fenômeno a ser investigado seja de caráter subjetivo (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Como exemplo de fenômeno subjetivo e complexo, tem-se a cultura de segurança de uma Organização, e mais especificamente no contexto saúde, a segurança do paciente. O ministério da saúde conceitua a cultura de segurança do paciente como um ambiente inclusivo entre gestores e profissionais, de responsabilidade compartilhada em prol de metas financeiras e operacionais que priorizem a segurança tanto de pacientes como de seus familiares e ainda, colegas de trabalho. Além disso, fomenta o aprendizado Organizacional frente ao erro, encorajando a notificação e resolução dos problemas e por fim, proporciona a estrutura e os recursos necessários à entrega e manutenção da assistência com segurança (BRASIL, 2013).

Na pesquisa metodológica desenvolvida, a elaboração do construto que visa avaliar a cultura de segurança do paciente ocorreu com o desenvolvimento do procedimento teórico de Pasquali (2010).

A etapa de procedimento teórico reserva um espaço no íterim da pesquisa para a construção teórica, elaboração, validação e avaliação de um construto (POLIT;

BECK, 2011), justificando, assim, a fundamentação dos referenciais adotados para a pesquisa como primeiro passo para conduzir a investigação com rigor teórico e metodológico.

2 METODOLOGIA

Trata-se do relato acerca da construção teórica de uma pesquisa metodológica, que buscou desenvolver um produto como ação estratégica para a avaliação da cultura de segurança do paciente em Organizações de Saúde. Para esta pesquisa foi empregado apenas o procedimento teórico de Pasquali (2010), e ainda, sua metodologia foi adaptada, tendo em vista que o construto desenvolvido não corresponde a uma escala de medida.

A etapa de construção teórica de pesquisa seguiu o seguinte percurso, concomitantemente:

- revisão narrativa da literatura;
- leitura dos referenciais teóricos indicados pela professora orientadora da pesquisa;
- elaboração do projeto para qualificação da dissertação.
- revisão de escopo

A leitura dos referenciais na íntegra se deu na sequência:

1. Guia de sobrevivência da Cultura Corporativa de Edgar H. Schein
2. Diagnóstico da Cultura Organizacional: O impacto do Valores Organizações no Desempenho das Terceirizações de Giuseppe Russo
3. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches, dos autores John W. Creswell e John David Creswell.

3 RESULTADOS

As características do fenômeno a ser investigado, identificadas a partir da leitura das obras de Shein (2001) e Russo (2017), demandaram a leitura aprofundada sobre a abordagem de métodos mistos (MM), presente na obra de John Creswell, em sua versão mais recente em parceria com seu filho David Creswell (2018). A análise pormenorizada destas obras foi o ponto de partida para que a pesquisa começasse a

ser delineada, dando origem posteriormente, a um construto voltado a avaliação da Cultura de Segurança do Paciente.

A leitura das obras, na íntegra, demonstrou complementariedade. Edgar Schein (2001) é, inclusive, citado na obra de Russo (2017), demonstrando a sinergia entre a adoção do conceito de Cultura Organizacional, bem como das estratégias de como avaliá-la. Ambos os autores recomendam a utilização da abordagem mista para explorar um fenômeno complexo, assim como Cultura Organizacional de Segurança do Paciente. Para expor os principais pontos abordados pelos autores, os quais foram componentes-chave da elaboração de um modelo para avaliação da cultura de segurança do paciente, esta seção será subdividida em três capítulos.

3.1 GUIA DE SOBREVIVÊNCIA DA CULTURA CORPORATIVA

A obra de Edgar Schein (2001) foi publicada pela editora José Olympio em 2001, e tem como cerne discorrer sobre os três níveis culturais que englobam o significado da cultura no dia a dia de uma Organização. Em sua obra o autor propõe a seguinte reflexão, por que a Organização se comporta desta forma? Por que as coisas são feitas por quem as faz? Do modo que é feito? Qual o porquê das disposições dos móveis, das cores, do *layout* estrutural? Todos estes aspectos correspondem a uma trama de processos que são perpassados meus membros que passam pela Organização, presentes, na maioria dos casos, desde a fundação. É a isto que se denomina Cultura.

Os níveis são classificados por ele do mais superficial ao mais profundo, sendo estes: 1 - “Artefatos”, 2 - “Valores casados” e 3 - “Certezas básicas fundamentais”.

Para avaliá-la, Shein critica a aplicação de apenas um componente metodológico. Em 1993 ele prova que o que denomina como pesquisa clínica, é a base para decifrar a cultura, ressaltando que esta não é uma tarefa fácil, visto ser um fenômeno extenso e complexo.

3.2 DIAGNÓSTICO DA CULTURA ORGANIZACIONAL: O IMPACTO DO VALORES ORGANIZAÇÕES NO DESEMPENHO DAS TERCEIRIZAÇÕES

Adotando o mesmo referencial de Shein, a obra de Giuseppe Russo, publicada em 2017 pela editora Alta Books, apresenta um modelo para avaliar a Cultura

Organizacional, utilizando o termo diagnóstico da Cultura. O autor enfatiza que a escolha equivocada da metodologia e do nível de análise determina a superficialidade e incompletude do diagnóstico (RUSSO, 2017). O modelo proposto por Russo engloba cinco etapas, são elas:

- Etapa 1 – Definição e tamanho da amostra
- Etapa 2 – Seleção dos indivíduos da amostra
- Etapa 3 – Instrumentos e Coleta dos dados
- Etapa 4 – Tratamento dos dados
- Etapa 5 – Relatório Final

A quinta etapa do modelo diagnóstico de Russo concede o seu diferencial, e constitui parte relevante de ser aplicada nas pesquisas de Cultura de Segurança do Paciente, visto que é nela que os resultados são apresentados à equipe e à gestão da Organização, a fim de prover subsídio para o planejamento e elaboração de estratégias de melhorias. A metodologia que Russo defende em sua obra a hibridização, ou seja, aplicação questionário e entrevista, e ressalta a importância da integração dos dados.

3.3 RESEARCH DESIGN: QUALITATIVE, QUANTITATIVE, AND MIXED METHODS APPROACHES

Nesse contexto de integração de dados, após constatada sua importância, a leitura da quinta edição publicada pela SAGE em 2018, da obra de John W. Creswell e seu filho, David Creswell, foi realizada no intuito de pormenorizar a aplicação dos componentes qualitativo e quantitativo e, especialmente, buscar compreender quais são as possíveis formas de integrá-los. Os autores detalham a utilização dos componentes de forma isolada, ressaltando as potencialidades de cada um, e apresentam os variados desenhos de pesquisas disponíveis na abordagem de métodos mistos.

David Creswell faz parte da equipe de pesquisas do pai, e atua como professor associado de Psicologia da Universidade de Carnegie Mellon. Lecionou sobre métodos de pesquisa na última década, justificando, portanto, a sua coautoria nesta obra. A obra apresenta os desenhos básicos, que são: Sequencial Explanatório; Sequencial Exploratório e Convergente; e os desenhos avançados: Multiestágios; Estudos de intervenção; Estudos de caso com Métodos Mistos; Pesquisa transformadora e Pesquisa Participativa (CRESWELL, J; CRESWELL, D).

4 DISCUSSÃO

O termo “Cultura” se refere a um padrão organizativo de pressupostos, assim estabelecido por Edgar Schein em suas obras (1985-2001), sendo o autor mais referenciado nas pesquisas brasileiras (BARALE; SANTOS, 2017).

Sua vasta expertise na avaliação de grandes empresas multinacionais e na consultoria de Cultura, permitiu que o conceito se dividisse em três níveis de complexidade. Logo, a Cultura de Segurança do Paciente parte da premissa de ser um padrão de pressupostos presentes em uma Organização de Saúde e que diz respeito à segurança do paciente em seus distintos níveis (SANTIAGO; TURRINI, 2015; SANTOS *et al.*, 2018).

Delimitando o início da pesquisa metodológica, a qual se relatou aqui uma de suas etapas, observou-se de forma empírica e posteriormente, com dados do estudo de Pumar-Méndez, Attree e Wakefield (2014), obtidos durante a condução de uma revisão de escopo, um alto número de estudos utilizando a abordagem quantitativa nas pesquisas de cultura de segurança do paciente, o que despertou a necessidade de compreensão sobre Cultura Organizacional e qual seria a metodologia mais adequada para decifrá-la, demandando a leitura aprofundada da obra de Edgar Schein (2001) e, junto à ele, a obra de Giuseppe Russo (2017) sobre diagnóstico de Cultura Organizacional.

Os autores, apesar de se complementarem, utilizam terminologias distintas para a pesquisa de cultura. Enquanto Russo denomina a avaliação de “diagnóstico de cultura”, Shein utiliza o termo “pesquisa clínica”. Destaca-se, contudo, que, são termos adotados pelos autores sem comprometimento da terminologia utilizada nas ciências da Saúde, nas quais o termo “pesquisa clínica” designa os estudos clínicos, ou ensaios clínicos, que por sua vez dizem respeito à investigação de tecnologias, intervenções terapêuticas ou mecanismos de doenças (TENORIO; MELLO; VIANA, 2017).

A impossibilidade de decifrar a Cultura Organizacional com a utilização exclusiva de questionários, ponto este defendido por ambos os autores, revela a necessidade de se repensar o emprego dos componentes metodológicos (quantitativo e qualitativo), para as pesquisas de cultura de segurança do paciente. Nesta vertente, John W. Creswell (2010) e demais colaboradores, apresentam a abordagem de métodos mistos, que surge no intuito de unir os componentes em prol de explorar e explicar fenômenos complexos.

Os autores têm destacado quão importante é que os pesquisadores não iniciem pesquisas com abordagens metodológicas pré-concebidas, mas que reflitam primariamente sobre o que está por ser investigado (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011; FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). A abordagem de métodos mistos mostra-se competente para as pesquisas de cultura de segurança do paciente (PUMAR-MÉNDEZ; ATTREE; WAKEFIELD, 2014; TARLING *et al.*, 2017; MORETÃO, 2019; GRANEL *et al.*, 2020).

A abordagem de métodos mistos foi escolhida para compor um construto voltado à avaliação da cultura de segurança do paciente, visto que, por ser abordagem metodológica consolidada, a obra de Creswell e colaboradores apresenta diversos desenhos possíveis de pesquisa, a serem livremente escolhidos pelos pesquisadores a depender do objetivo de pesquisa a ser alcançado (CRESWELL; PLANO CLARK, 2011; FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

A leitura atenta aos referenciais expostos possibilitou fundamentar todos os demais passos da pesquisa metodológica, pois guiou tanto a construção do projeto para qualificação, quanto a formulação da questão de pesquisa da revisão de escopo, que se iniciaria após qualificado o projeto de pesquisa, ainda pertencentes à etapa teórica da pesquisa. Este passo foi fundamental para garantir o compromisso metodológico e ético da pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção teórica da pesquisa deve ser observada como eixo principal, visto que fundamentará a formulação de uma questão de pesquisa. Considerando esta afirmação *a posteriori*, a escolha dos referenciais teóricos e metodológicos deve ser lógica e rigorosa, de acordo com o fenômeno a ser explorado.

A busca por uma análise adequada da Cultura Organizacional de segurança do paciente tem intuito de permitir a obtenção de parâmetros fidedignos sobre os padrões que envolvem a segurança do paciente, e que são perpetuados pelas equipes de saúde. A Cultura revelará o que a Organização transmite, tanto para seus membros quanto neste caso, aos pacientes e famílias, e seu diagnóstico permitirá ir a fundo sobre quais pontos necessitam de mudanças, adaptações ou melhorias, em prol da qualidade e da segurança dos pacientes.

É desse modo que estudar de modo detalhado os conceitos-chave a serem utilizados na pesquisa, a partir de referenciais consolidados, é passo fundamental para garantir o rigor científico e conseqüentemente, o compromisso ético para academia e sociedade.

REFERÊNCIAS

- BARALE, R.F.; SANTOS, B.R. Cultura organizacional: Revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 17(2), abr-jun,129-136, 2017. DOI: <https://doi.org/10.17652/rpot/2017.2.12854>.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria n. 529 de 10 de abril de 2013**: institui o programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): MS; 2013.
- CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- CRESWELL, J.W.; PLANO CLARK, V.L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2nd Ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2011.
- CRESWELL, W.J.; CRESWELL, J.D. **Research design**: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Fifth edition, SAGE; Los Angeles, 2018.
- FETTERS, M. D.; CURRY, L. A.; CRESWELL, J. W. Achieving integration in mixed methods designs – principles and practices. **Health Service Research**, v.48, n.6 Pt 2, 2134-2156, 2013. DOI: 10.1111/1475-6773.12117.
- GRANEL, N. *et al.* Nurses' perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study. **BMC Health Serv Res**, 29 (2): 283-293. 2020. DOI: 10.1186/s12913-020-05441-w.
- LIMA, D.V.M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Online braz. J. nurs.** (Online); 10(2) abr-ago. 2011.
- MEDEIROS, R.K.S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV - n.º 4 - jan./fev./mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>
- MORETÃO, D.I.C. **A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de um hospital de ensino da rede pública de saúde**. Belo Horizonte. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BBTR7U/1/diene_in_s_carvalho_moret_o.pdf.
- PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**: Fundamentos e práticas. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.
- PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: UnB; 1997.

POLIT, D.F.; BECK C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 9^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

PUMAR-MÉNDEZ, M.J.; ATTREE, M.; WAKEFIELD, A. Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: a review of the literature. **Nurse Educ Today**, 34(2):162-170, 2014. DOI: [10.1016/j.nedt.2013.08.008](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.008).
RUSSO, G.M. **Diagnóstico da cultura organizacional**: o impacto dos valores organizacionais no desempenho das terceirizações. Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

SANTIAGO, T.H.; TURRINI, R.N. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, 49(Esp):123-130, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000700018.

SANTOS, C.J. *et al.* A influência da comunicação na cultura organizacional: revisão sistemática da literatura. **Revista EDaPECI**, São Cristóvão (SE) v.18. n. 3, p. 6-18, set./dez 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.29276/redapeci.2018.18.310082.6-187>.

SCHEIN, E.H. **Guia de sobrevivência da Cultura corporativa**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

SCHEIN, E.H. **Organizational culture and leadership**. São Francisco: Jossey-Bass, 1985, p.168.

SCHEIN, Edgar H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco: JosseyBass Publishers, 1993.

TARLING, M. et al. Comparing safety climate for nurses working in operating theatres, critical care and ward areas in the UK: a mixed methods study. **BMJ Open**. 2017;30;7(10):e016977. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016977.

TENORIO, M., MELLO, G.A., VIANA, A.L. Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(5):1441-1454, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.33342016

CAPÍTULO IV

GUARDIÃO DO CORPO: RECONHECIMENTO SEGURO DO PACIENTE COVID 19 APÓS MORTE

Talita Costa Falcão, Ana Caroline Lopes Tavares,
Pleycianna Trajano Ribeiro e Francilene Araújo de Moraes

Resumo

O “paciente portador da Covid 19” apresenta riscos quanto a identificação do corpo, quando vem a óbito, já que altera sua aparência física ao longo do processo de adoecimento. Desse modo, o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital de Clínicas de Campina Grande elaborou e implantou o Projeto denominado de “O guardião do corpo”. Trata-se de um trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar, que foi inspirada em um dos deveres da Enfermagem, que consiste em acolher e cuidar do paciente, desde a sua gestação até a morte, além da necessidade moral e institucional de que o corpo do paciente em óbito seja entregue a sua família e/ou responsáveis, de maneira digna, limpa, sem dispositivos e com tamponamentos. Quanto as principais dificuldades, aponta-se o medo dos profissionais em lidar com a situação. Em relação aos resultados, destacam-se: ausência de erro na identificação dos corpos; relatos de segurança e de acolhimento expressados pelos familiares. Quanto às lições aprendidas: pacientes e familiares, independentemente da posição hierárquica e condições de saúde, precisam ser cuidados com respeito, tendo em vista que a preservação e/ou promoção da dignidade da pessoa humana extrapolam a condição biológica do estar vivo.

Palavras-chave: Paciente Covid 19. Óbito. Reconhecimento do corpo. Dignidade.

Abstract

The “patient with covid 19” presents risks of identification of the body, when he dies, since it alters his physical appearance throughout the illness process. In this way, the Patient Safety Nucleus of the Hospital de Clínicas de Campina Grande developed and implemented the Project called “The guardian of the body”. It is a work carried out by a multidisciplinary team, which was inspired by one of the duties of Nursing, which consists in welcoming and caring for the patient, from pregnancy to death, in addition to the moral and institutional need that the body of the dying patient is delivered to his / her family and/or guardians, in a dignified, clean manner, without devices and with tampons. As for the main difficulties, the professionals' fear of dealing with the situation is pointed out. Regarding the results, the following stand out: absence of error in the identification of the bodies; safety and welcoming reports expressed by family members. As for the lessons learned: patients and families, regardless of hierarchical position and health conditions, need to be respectfully cared for, since the preservation and / or promotion of the dignity of the human person goes beyond the biological condition of being alive.

Keywords: Patient Covid 19. Death. Body recognition. Dignity.

1 INTRODUÇÃO

No final do segundo semestre de 2019 foram identificados os primeiros casos de infecção ocorridos na cidade de Wuhan na China, já em categoria de surto de doença respiratória causado por um novo tipo de vírus zoonótico, sendo um RNA vírus da ordem Nidovirales da família Coronaviridae denominado como Coronavírus 2 SARS-CoV-2, do inglês: *severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2*, ou seja, síndrome respiratória aguda grave 2 (BRASIL, 2020). Rapidamente, o vírus se disseminou por centenas de países em todos os continentes, fazendo com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretasse pandemia em 11 de março de 2020 (SILVA; PINTO; MARTINS, 2020).

A doença causada pelo SARS-CoV-2 varia de infecção assintomática à quadro respiratório grave de evolução irreversível. De acordo com o Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus do Ministério da Saúde, as manifestações clínicas da doença apresentam um espectro amplo, que podem variar de acordo com a sintomatologia, nos quadros mais leves a moderados com febre baixa ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), tosse, fadiga, produção de escarro, rinorreia, náuseas, vômitos, diarreia, mialgia, cefaleia, dor de garganta, anosmia ou hiposmia (perda/redução de olfato) e ageusia ou disgeusia (perda/alteração do paladar), dispneia e dor torácica. Nos casos graves a doença evolui para Síndrome Respiratória Aguda Grave entre 17 e 29% dos casos, lesão cardíaca aguda (12%) e infecção secundária em 10%, sendo necessária a continuidade do tratamento em Unidades de Terapia Intensiva (BRASIL, 2020a).

Através do projeto denominado Impacto MR, que entre outros aspectos consiste nas alianças estratégicas estabelecidas entre hospitais de grande porte, como por exemplo o hospital Sírio Libânês com hospitais menores, a fim de auxiliá-los no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) foi traçado um perfil dos pacientes portadores da doença, a partir de um estudo com 3034 pacientes com Covid-19 além de 341 suspeitos. Desses, a idade mediana é de 64 anos, sendo 60,5% homens. Entre as comorbidades mais frequentes estão: a hipertensão arterial, em 56,4% dos participantes; seguido da diabetes, com 33,6% de incidência; 5,9% de fumantes; e 15,5% têm alguma doença cardiovascular. Além disso, 56% deles precisaram de ventilação mecânica como tratamento (PROJETO TRAÇA PERFIL, 2021).

Destarte, o processo de cuidar do paciente portador do SARS- COV -2 requer análise de risco ao qual esse paciente está exposto, a fim de garantir uma assistência segura em todo o seu ciclo de atendimento.

A segurança do paciente para a OMS consiste “na redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (MARQUES, 2020).

No ano de 2004 a própria OMS, na 57^o Assembleia Mundial da Saúde apoiou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente visando liderar no âmbito internacional programas que promovam a segurança do paciente e apoiar os Estados-Membros nesses esforços. Dentre os vários objetivos principais da Aliança, observam-se:

- Desenvolver normas globais, protocolos e orientações para detectar e aprender com problemas de segurança do paciente, reduzindo os riscos para os futuros usuários dos serviços de saúde;
- Definir soluções de segurança relevantes que estejam amplamente disponíveis para todos e que sejam de fácil implementação, de acordo com suas necessidades;
- Criar consenso sobre conceitos e definições comuns de segurança do paciente e eventos adversos;
- Iniciar e promover a investigação nas áreas que terão maior impacto nos problemas de segurança (BRASIL, 2017, p. 14).

No Brasil, observa-se uma maior concentração de esforços a partir do ano de 2009, com a instituição do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, o VIGIPOS, através da Portaria 1.660 do Ministério da Saúde (MS) e o QUALISUS-Rede, que consiste em um projeto de formação e melhoria da qualidade da rede de atenção à saúde (MARQUES, 2020).

Porém, a efetivação da política da segurança só vem a ocorrer no ano de 2013, através da Portaria 529 do MS, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), seguida da RDC n^o 36/2013, que estabelece em seu Atr. 3^o, inciso VIII a obrigatoriedade de implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde e oficializa tal núcleo como “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas para a segurança do paciente” (BRASIL, 2013, p. 02)

Esse cuidado seguro, conceituado pela OMS e regulamentado pela RDC 36, é alcançado através da realização da gestão de riscos da instituição, que trabalha na prevenção, detecção precoce e mitigação de Eventos Adversos (EA).

Ainda no âmbito da humanização e cuidados éticos e seguros aos pacientes, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seu preâmbulo afirma que a formação deste código “está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que trabalhadores de enfermagem estejam aliados a usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda a população” (COFEN, 2017, p.01).

No que concerne aos deveres do profissional de enfermagem, em seu Capítulo II -Responsabilidade e Deveres estabelece, no art. 43, “respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo o seu ciclo vital inclusive nas situações de morte e pós-morte” (COFEN, 2007, p.05).

A partir de tais bases de conhecimento estabelecidas e através da prática de gestão de risco, identificou-se que o paciente portador da morbidade Covid-19 apresenta riscos de identificação quando o desfecho da internação é o óbito, tendo em vista a mudança na sua aparência física ao longo do processo de adoecimento, além da condição do paciente permanecer sozinho sem a presença de acompanhantes ou visitantes durante o período de internação.

Conforme a mesma pesquisa supracitada, do PROADI-SUS, 2021, disponível no Projeto Traço Perfil (2021), o paciente com Covid -19 possui uma média de internação hospitalar de 22 dias com 36,3% de mortalidade nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e 46,2% de óbitos em ambiente hospitalar. A pesquisa também relata uma média de permanência de 11,6 dias nas UTI, com o uso de ventilação mecânica com tempo mediano de uso de dispositivos de 11 dias. Todos esses aspectos reforçam a necessidade de zelar pelo reconhecimento seguro do corpo do paciente acometido por Covid-19, por apresentar mudanças na sua aparência e por não contar com a presença contínua do seu familiar acompanhando tais mudanças.

Tendo em vista o dever da instituição que acolhe o paciente portador do Covid-19 de cuidar do paciente em todo o seu ciclo vital, zelando por sua dignidade, respeitando seu pudor, a sua privacidade e a intimidade em situações de morte e pós-morte.

Além disso, inspirados principalmente nos deveres éticos dos profissionais de enfermagem, idealizou-se o projeto do “Guardião do Corpo”, composto por uma equipe multidisciplinar, que tem por objetivo respeitar e cumprir com o dever moral e institucional de que o corpo do paciente acometido pela Covid-19 seja entregue para sua família de forma digna, a fim de minimizar o aversivo impacto emocional do

reconhecimento, possibilitando aos familiares realizarem os sepultamentos de maneira correta, sem a possibilidade de ocorrência de troca de corpos.

Acredita-se que, dessa forma, profissionais e instituições hospitalares não só cumpram o seu dever moral e ético para com a sociedade, no que se refere a cuidar de seus pacientes, como também contribuam para a preservação da dignidade da pessoa humana (JACOBSON, 2007), na medida em que possibilitam aos familiares e/ou responsáveis reconhecerem e receberem os corpos de seus ente queridos, de maneira acolhedora, responsável e sobretudo com respeito a dor, oriunda da separação ocasionada pela morte.

2 METODOLOGIA

A metodologia usada neste trabalho foi o relato de experiência, o qual descreve os seguintes processos: identificação do corpo; transporte ao necrotério e identificação do óbito pelo familiar, em relação aos pacientes vítimas do contágio pelo vírus Sars-Cov-2.

O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que, entre outros aspectos, consiste em narrar uma experiência e/ou situação vivenciada pelo narrador.

A elaboração e implantação do protocolo “*Guardião do corpo: paciente portador do Covid-19*” ocorreu no Hospital de Clínicas de Campina Grande, Paraíba – PB. Trata-se de um hospital público da rede estadual, que é referência para o tratamento da Covid-19. A instituição atende 100% de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe de 113 leitos, dos quais 60 são de UTI, 40 de enfermaria e 13 de Unidade de Decisão Clínica, sendo referência de atendimento para Campina Grande e cidades circunvizinhas, agregando diversos serviços, tais como: psicologia, fonoaudiologia, nutrição, assistência social, fisioterapia além da enfermagem e diversas áreas da medicina.

O protocolo foi elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e revisado pela Direção Assistencial, tendo como base as recomendações do MS para o manejo de corpos no contexto da doença causada pelo Coronavírus SARS-COV- 2, a Covid-19. Como fragilidade, aponta-se a ausência de pesquisas científicas, bem como a escassez de protocolos implantados sobre a temática em questão, tratando-se de um assunto recentemente investigado (BRASIL, 2020).

A equipe que participou da identificação do risco e posterior gerenciamento desse, chegando à construção e implantação do protocolo denominado de “Guardião do corpo”, é composta pela enfermeira do NSP, Supervisão Assistencial, Psicologia e Assistente Social.

As etapas de identificação do risco, gerenciamento, construção e implantação do protocolo “guardião do corpo”, ocorreram no período compreendido entre os meses de fevereiro a março de 2021, de forma contínua e gradativa.

Na primeira etapa, que correspondeu à identificação do risco, a equipe constituída pela enfermeira do NSP e pela supervisão assistencial e psicologia utilizaram a observação participante e não participante do corpo do paciente acometido pela Covid-19, verificando, sobretudo, as mudanças ocorridas na aparência física. Além disso, consideraram a ausência do acompanhamento dos familiares e/ou responsáveis no processo de tratamento do paciente hospitalizado e as estórias dos familiares, que, entre outros aspectos, não estavam conseguindo reconhecer o corpo e mesmo quando faziam o reconhecimento não se sentiam seguros.

Na segunda etapa, ou seja, no gerenciamento do risco, consideraram os seguintes aspectos: desenvolvimento do plano de ação; revisão da literatura, mediante referências do MS e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); acompanhamento do processo propriamente dito, que abrange: preparo, transporte, reconhecimento e, por fim, identificação das fragilidades.

Na terceira etapa foi realizada a descrição de todas as partes do processo do manejo do corpo, iniciando com o seu preparo e culminando com o reconhecimento seguro do corpo pelo familiar, finalizando com a concretização do protocolo escrito e revisado. Foi iniciada a última etapa da implantação do protocolo com a disseminação da cultura de proteção do corpo do paciente, através de treinamentos com a equipe multidisciplinar e da divulgação através das mídias sociais.

A seguir, nos quadros 01 e 02, são apresentadas, respectivamente: “Etapas do protocolo Guardiã do corpo: elaboração e implantação”, e “Ações previstas no plano de ação e na execução”.

Quadro 01 - Etapas do protocolo “Guardião do corpo”: elaboração e implantação

ETAPA	DESCRIÇÃO	PARTICIPANTES	LOCAL
Identificação do risco	Mediante a Observação participante e não participante, verificou-se mudança na aparência do paciente, que veio a óbito.	- Enfermeira do NSP; - Supervisão Assistencial; - Psicologia.	- UTI Covid - Necrotério
	Ausência de acompanhante, durante o período de internação.		
	Relato dos familiares, que não estavam conseguindo reconhecer o corpo.		
Gerenciamento do risco	1ª etapa: - Desenvolvimento do Plano de Ação. - Revisão da Literatura, utilizando referências do Ministério da Saúde e da Anvisa.	Enfermeira do NSP	Sala do NSP
	2ª etapa: - Acompanhamento do processo: preparo, transporte e reconhecimento	Enfermeira do NSP	UTI Covid - Necrotério
Elaboração do protocolo “Guardião do corpo”	Seguindo as normas do Ministério da saúde, da Anvisa e as do hospital.	Enfermeira do NSP	Sala do NSP
Implantação do protocolo	Para implantação, realizou-se treinamento com profissionais da área da saúde, envolvidos no processo.	- Enfermeira do NSP; - Supervisão Assistencial; - Psicologia.	<i>In locu</i> (cada setor realizou o treinamento)
Divulgação do protocolo: demais profissionais e setores do hospital	Divulgação nas redes sociais do hospital: grupos de whatsapp, instagran, tv	- Enfermeira do NSP; - Supervisão Assistencial; - Psicologia.	Hospital de Clínicas

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Quadro 02- Ações previstas no plano de ação e na execução.

Plano de Ação	Preparo do corpo;
	Participação no processo de encaminhamento do corpo ao necrotério;
	Participação no momento de reconhecimento do corpo;
	Confecção do protocolo conforme os riscos encontrados
Elaboração/ Execução	Formação de um time composto por uma equipe multidisciplinar;
	Treinamento da equipe para atuação desde o primeiro momento do pós-morte
	Socialização do Protocolo

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre os principais resultados obtidos com a implantação do protocolo “Guardião do corpo”, no hospital de Clínicas, destaca-se a ausência de erro na identificação dos corpos, conforme afirma o diretor geral do hospital de Clínicas em entrevista fornecida ao Correio verdade em 2021: *“a direção geral da unidade vinha acompanhando relatos de trocas de corpos em todo o país. Então, fazer o guardião do corpo juntamente com o Núcleo de Segurança foi a garantia de que o paciente em óbito fosse entregue para o seu familiar com segurança”* (CORREIO VERDADE, 2021).

Além disso, foi uma forma de *“contribuir para a humanização no reconhecimento do corpo e de proporcionar aos profissionais da saúde, que participara do projeto, o devido reconhecimento dos familiares quanto ao trabalho prestado”* (CORREIO VERDADE, 2021).

O enfermeiro assistencial participante do projeto relata que a ação multidisciplinar proporcionou o melhor ambiente possível na hora do reconhecimento do corpo: *“Apesar do momento que vivemos de pandemia, é proporcionado para o familiar um ambiente tranquilo, calmo, aconchegante e favorável para o familiar fazer o reconhecimento”*. (ENFERMEIRO in CORREIO VERDADE, 2021).

O profissional da psicologia relatou que acolher a família, diante da perda do ente querido, dando-lhe o suporte psicológico tem grande impacto sobre o emocional da família: *“observo que através deste trabalho houve o reconhecimento dos profissionais pela família através de mensagens, cartazes, lembrancinhas, o que é importante para eles nesse momento de exaustão”* (PSICÓLOGO in CORREIO VERDADE, 2021)

Além desses relatos, registram-se os dos familiares, que, de modo geral, expressam o sentimento de segurança e de acolhimento recebido pela equipe multiprofissional, no momento difícil de reconhecer o corpo do seu ente querido.

O momento do reconhecimento do corpo foi o mais difícil. Quando você entra para reconhecer o corpo de uma pessoa que você ama para atestar que ela não está mais viva e que você não poderá mais abraça-la, o suporte psicológico fez toda a diferença (FAMILIAR in CORREIO VERDADE, 2021).

A hora do reconhecimento do corpo em momentos que não é de pandemia já é uma situação ruim. Em pandemia, o medo com a questão do contágio da doença dificulta ainda mais a situação. Porém, saber que o hospital seguiu todos os protocolos de saúde me tranquilizou. Eu entrei toda paramentada. Isso foi bem importante (FAMILIAR in CORREIO VERDADE, 2021).

4 CONCLUSÃO

Uma das principais dificuldades encontradas ao longo do processo de implantação do protocolo “Guardião do corpo” foi o medo dos profissionais em lidar com a situação. Possivelmente isto ocorreu em virtude do medo de contaminar-se e de contaminar seus familiares e/ou pessoas do convívio social, já que o vírus covid 19, pode ser manifestado, tanto de forma sintomática quanto assintomática.

Dentre as lições aprendidas, ressalta-se que pacientes, familiares e pessoas de modo em geral, independentemente da posição hierárquica e condições de saúde, precisam ser cuidados com respeito, já que a dignidade extrapola a vida orgânica. Ou seja, a preservação e a promoção da dignidade da pessoa humana extrapolam a condição biológica do estar vivo.

Quanto aos limites, destacam-se a escassez de literatura sobre o assunto e que até então o protocolo “Guardião do corpo” só foi aplicado no hospital de clínicas.

Como sugestão para novos estudos, sugere-se que a aplicação desse protocolo seja acolhida em outros hospitais da rede pública e/ou privada. Além disso, que seja implantado para outras doenças e não apenas no covid-19.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática.** Série: segurança do paciente e qualidade em serviço de saúde. 2ª edição. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico para o novo Coronavírus (2019-nCov).** Brasília, DF: MS, 2020 a. 1ª edição. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>> Acesso em: 5 de mar. de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus SARS-COV-2 Covid-19.** Brasília, DF: MS, 2021. 2ª edição publicada em nov. 2020 b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/15-1/af_manejo-corpos-covid_2ed_27nov20_isbn.pdf.> Acesso em: 4 mar. 2021

BRASIL. **RDC nº 36** de 25 de julho de 2013. “Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências”. Órgão emissor: ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdco036_25_07_2013.html>

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Protocolo de Identificação do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/egurancadopaciente/documentos/março/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>. Acesso em: 08 de mar. de 2021.

COFEN-CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 564** de 6 de novembro de 2017. “Aprova o novo código de ética dos profissionais de enfermagem”. Órgão emissor: COFEN. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>>

CORREIO VERDADE. *Hospital de Clínicas de Campina Grande cria projeto “Guardiões do corpo”*. Disponível em http://www.youtube.com/watch?v=xL381o_Vioo. Março, 2021.
JACOBSON, N. Dignity and health: A review. **Social Science & Medicine**, v. 64, p. 292-302, 2007.

MARQUES, M. **PNSP – 7 anos da legislação que instituiu o programa nacional de segurança do paciente**. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. 2020. Disponível em: <<https://www.segurancadopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/pnsp-7-anos-da-legislacao-que-instituiu-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/>> Acesso em: 12 de mar. 2021.

Portal Hospitais Brasil. **PROJETO TRAÇA PERFIL de pacientes internados com Covid-19 em UTIs do SUS**. 2021. Disponível em: <<https://portalhospitaisbrasil.com.br/projeto-traca-perfil-de-paciente-internado-com-covid-19-em-utis-do-sus/#:~:text=S%C3%A3o%203034%20pacientes%20com%20Covid,5%25%20t%C3%AAm%20alguma%20doen%C3%A7a%20cardiovascular>>. Acesso em: 12 de mar. de 2021

SILVA, A.S.T; PINTO, R.L.G; MARTINS, A.A. Implantação do protocolo de manejo de corpos pós-óbito no contexto do novo Coronavírus. **Jornal of Nursing and Health**. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1104060/4-implantacao-do-protocolo-de-manejo-de-corpos-pos-obito-no-co_rTRT6A9.pdf> Acesso em: 15 de mar. 2021

CAPÍTULO V

MAPA DE RISCO: SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Ana Yasmim Gomes de Lima, Kaline Oliveira de Sousa
Signey Everton Edival de Sousa e Gdeane Constantino de Almeida

Resumo

Pesquisas sobre Segurança do Paciente têm sido alvo recorrente de estudos. Nesse contexto, o ambiente hospitalar é propenso a apresentar riscos, ocasionando danos aos profissionais da saúde, bem como à instituição e seu ambiente físico, e, conseqüentemente, aos pacientes. O objetivo deste estudo é analisar a identificação precoce de riscos e sua importância para a segurança do paciente no ambiente hospitalar. Refere-se a uma revisão integrativa de caráter descritivo, fundamentada nas bases de dados CINAHL, SCOPUS e PUBMED do Portal de Periódicos CAPES, e na SCIELO, entrecruzando os descritores “Risk Management”, “Patient Safety”, “Hospital Administration”, interligados ao operador booleano *AND*, obtendo-se 4.006 achados. Foram incluídos estudos escritos nos idiomas Português, e Espanhol, acessíveis na íntegra; publicados entre 2016 e 2020; correspondentes ao propósito do artigo. Excluiu-se os duplicados, resultando na amostra final de 7 artigos. Evidenciou-se que é essencial a elaboração do mapa de risco no meio hospitalar para auxiliar na organização e avaliação dos danos aos pacientes, pois permite planejar e gerir precocemente questões de segurança. Ademais, constatou-se que a NR 32 deve ser aplicada periodicamente. Portanto, é crucial identificar fatores desencadeadores de incidentes no ambiente hospitalar para a melhor qualidade da assistência e promoção de segurança aos pacientes.

Palavras-chaves: Administração Hospitalar. Gestão de Riscos. Segurança do Paciente.

Abstract

Research on Patient Safety has been a recurrent target of studies. In this context, the hospital environment is prone to present risks, causing damage to health professionals, as well as to the institution and its physical environment, and, consequently, to patients. The aim of this study is to analyze the early identification of risks and their importance for patient safety in the hospital environment. Refers to an integrative review of a descriptive character, based on the databases CINAHL, SCOPUS and PUBMED of the portal of journals CAPES and in SCIELO crisscrossing the descriptors “Risk Management”, “Patient Safety”, “Hospital Administration” interconnected to the Boolean operator *AND*, obtaining 4,006 findings. Studies were included in Portuguese, English and Spanish, accessible in full; published between 2016 and 2020; corresponding to the purpose of the article. Duplicates were excluded, resulting in the final sample of 7 articles. It became evident that the elaboration of the risk map in the hospital environment is essential to assist in the organization and assessment of damage to patients, as it allows planning and managing safety issues early. In addition, it was found that NR 32 must be applied periodically. Therefore, it is crucial to identify factors that trigger incidents in the hospital environment for the best quality of care and promotion of patient safety.

Keywords: Hospital Administration. Risk Management. Patient Safety.

1 INTRODUÇÃO

Pesquisas no contexto da Segurança do Paciente têm sido alvo frequente de investigações no meio acadêmico e científico. Nesse sentido, destaca-se que nas instituições hospitalares há acidentes recorrentes, devido aos riscos relacionados à integridade física dos trabalhadores e pacientes, bem como à falha na segurança e na qualidade. Assim, os profissionais de saúde estão cotidianamente suscetíveis a lesões e doenças ocupacionais que de maneira direta interferem nas atividades desenvolvidas em tal ambiente, e envolve pacientes, visitantes, equipamentos e instalações, onde muitos desses acidentes podem levar a prejuízos e/ou agravos à saúde de todos (BALTHAZAR *et al.*, 2017).

Diante disso, cabe destacar que os riscos ocupacionais são classificados em cinco grupos: físicos, químicos, ergonômicos, biológicos e psicossociais. Compreende-se como riscos físicos as condições ambientais que podem interferir na saúde; riscos químicos inferem-se àqueles relacionados às substâncias e agentes químicos; riscos ergonômicos são aqueles ligados a execução de tarefas bem como esforço físico intenso; riscos biológicos estão voltados para microrganismos que habitam os hospitais; riscos psicossociais estão associados ao ambiente sobrecarregado (BRASIL; OPAS, 2001).

Nesse contexto, a segurança e a qualidade não tratam exclusivamente de profissionais que fornecem atenção direta, mas também do paciente que está envolvido na prevenção e nos cuidados durante os procedimentos e atividades rotineiras. Portanto, a gestão dos riscos em ambientes hospitalares tem como objetivo definir um conjunto de ações que visem garantir a não ocorrência de eventos adversos. Logo, estratégias de gestão de risco devem ser norteadas a partir de uma perspectiva de um ambiente de trabalho seguro, devendo estar centralizadas no controle dos riscos (BALTHAZAR *et al.*, 2017).

À vista disso, torna-se viável a construção de um mapa de risco para fortalecer e implantar condutas de biossegurança e vigilância em saúde, a fim de identificar precocemente os possíveis riscos, fato este que é uma realidade desde períodos antigos, fomentando a necessidade de ações conscientes no que tange às ameaças que podem ser desencadeadas no meio hospitalar e, conseqüentemente, possibilitando o atendimento qualificado (HOKERBERG *et al.*, 2006).

Dessa forma, esse estudo é de grande significância para fomentar a conduta de implementação do mapa de risco nos hospitais e, conseqüentemente, promover o

aperfeiçoamento das práticas em saúde e da segurança do paciente, como resposta a um ambiente resguardado.

Tendo em vista a relevância desse estudo, o presente trabalho busca analisar a identificação precoce de riscos e sua importância para a segurança do paciente no ambiente hospitalar, com o intuito de responder a seguinte questão norteadora: como se dá a identificação precoce de riscos e qual a sua importância para a segurança do paciente no ambiente hospitalar?

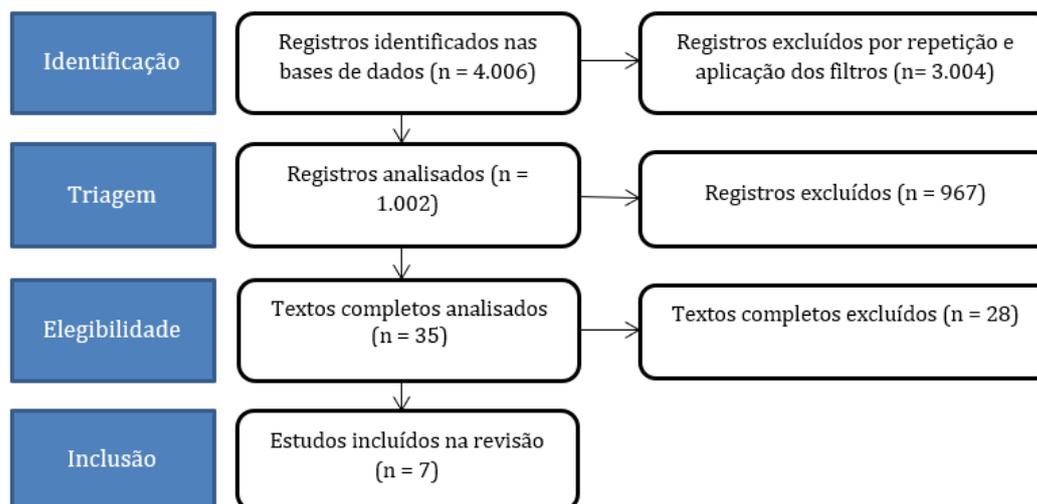
2 METODOLOGIA

Refere-se a uma revisão integrativa de literatura de cunho descritivo, fundamentada em seis etapas: 1) delimitação do tema, com base em lacunas encontradas na literatura, e definição da questão norteadora; 2) escolha de critérios de inclusão e exclusão adequados; 3) seleção das bases de dados para efetivação da busca eletrônica; 4) análise das pesquisas incluídas na população amostral; 5) interpretação dos resultados encontrados; 6) exibição da síntese do conhecimento obtido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca se deu no Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas bases de dados escolhidas Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS e PUBMED, e na Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Nessa perspectiva, efetuou-se o entrecruzamento dos descritores "Hospital Administration", "Risk Management" e "Patient Safety", interligados ao operador booleano *AND*, a fim de responder à questão norteadora deste estudo.

Assim, emergiram da pesquisa 4.006 estudos, e foram utilizados como critérios de inclusão: estudos escritos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, acessíveis na íntegra, publicados na linha de tempo de 2016 a 2020; resultando em 1002 achados. Desses, foram excluídos os duplicados e não correspondentes ao propósito do artigo, obtendo uma amostra final de 7 artigos. A figura 1 expõe o fluxograma relativo ao processo de seleção executado. Ressalta-se que houve dispensa da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), haja vista a utilização de dados originários de fontes secundárias de domínio público.

Figura 1- Fluxograma, formulado pelos autores, sobre a identificação e seleção dos estudos, conforme as recomendações do PRISMA



Fonte: Moher *et al.* (2009).

3 RESULTADOS

A pergunta que norteia esta revisão foi respondida a partir das informações dispostas no quadro 1, no qual estão inseridos os posicionamentos dos autores de cada artigo selecionado para a amostra final deste trabalho.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos conforme o título, autoria, ano, base de dados e resposta à pergunta norteadora. Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2021.

Título do Artigo	Autoria, ano	Base de dados	Resposta à Pergunta Norteadora
Elaboration of a risk map in a paediatric Emergency Department of a teaching hospital	MOJICA, E. <i>et al.</i> , 2016	PUBMED	O mapa de risco ajuda a organizar informações sobre os riscos e permite aos usuários definir políticas adequadas para sua prevenção e gestão.
Avaliando o Impacto da Estratégia de Segurança do Paciente Implantada em uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sob a Perspectiva da Dimensão da Atenção à Saúde	SILVA, J. A.; PINTO, F. C. M., 2017	SCIELO	É fundamental para melhorias contínuas, ampliação do cuidado em saúde e promoção de assistência qualificada e segura. Permite planejar e gerir de forma antecipada quesitos de segurança.

Estratégia coletiva de enfrentamento dos riscos ocupacionais de uma equipe de enfermagem	LORO, M. M.; ZEITOUNE, R. C. G., 2017	SCOPUS	Avalia os fatores extrínsecos e intrínsecos do ambiente, reconhecendo situações de risco. Propicia o conhecimento e a aplicação da NR 32.
Analysis of the operational risk factors in public hospitals in an Indian state	VISHNU, C. R. <i>et al.</i> , 2018	PUBMED	Contribui para a qualidade dos serviços de saúde. Analisa as falhas no gerenciamento e infraestrutura hospitalar.
Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica	CEDRAZ, R. O. <i>et al.</i> , 2018	CINAHL	É vital para atingir as metas de qualidade e segurança no cuidado ao paciente. Ressalta-se a importância de avaliar periodicamente os riscos em hospitais.
Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino	BRANDÃO, M. G. S. A.; BRITO, O. D.; BARROS, L. M., 2018	SCIELO	É essencial para prevenir riscos no âmbito hospitalar e qualificar a assistência. Minimiza os danos ao paciente, por favorecer o conhecimento acerca de fatores intervenientes.
Implantação do gerenciamento de riscos num hospital público	KERN, A. E.; FELDMAN, L. B.; D'INNOCENZ O, M., 2018	SCOPUS	Propicia o potencial de excelência do ambiente hospitalar, conhecendo os pontos críticos por meio do mapa de riscos. Possibilita a correção e eliminação de riscos.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

4 DISCUSSÃO

Em resumo, evidenciou-se que é essencial a elaboração do mapa de risco no meio hospitalar, para auxiliar na organização e avaliação dos danos aos pacientes, haja vista que permite planejar e gerir precocemente questões de segurança, além de que a identificação de ameaças nesse âmbito é imprescindível para a prevenção de acidentes, pois, ao analisar fatores hospitalares, extrínsecos e intrínsecos, será possível reconhecer situações que representem perigo à saúde, configurando-se como diferencial na qualificação dos cuidados. Vale destacar que para uma prática segura na área hospitalar deve ser aplicada periodicamente a Norma Regulamentadora 32 (NR 32), que visa manter a integridade e a segurança dos trabalhadores que atuam na área da saúde, corroborando para a excelência no atendimento.

Em consonância, Lima *et al.* (2014) constataram que a gestão de risco visa o reconhecimento antecipado de riscos, como também a notificação e correção de erros, objetivando a redução ou eliminação de efeitos contrários, oriundos do atendimento em saúde e a certificação da qualidade na assistência e da segurança do paciente, sendo essas responsabilidades dos gestores de risco. Ademais, verificou a importância da correspondência entre múltiplas metodologias com a finalidade de englobar um número maior de particularidades e conseqüentemente diminuir as falhas do sistema de controle.

Paralelo a isso, Braga (2020) e Pontes, Ribas e Pinto (2014) apontam que a esfera hospitalar demonstra inúmeros riscos à saúde dos usuários, os quais podem complicar o seu estado de saúde. Desse modo, é essencial a construção de um mapa de risco para compreender melhor o ambiente e reconhecer possíveis ameaças à saúde presentes, garantindo aos pacientes um ambiente seguro e a restauração eficaz de sua saúde no decorrer de sua estadia na instituição.

Nesse sentido, destaca-se que a aplicação da NR 32 é de utilidade fundamental no âmbito hospitalar, a fim de definir diretrizes básicas e estabelecer medidas de proteção visando a segurança e à saúde dos trabalhadores da saúde, como também daqueles que exercem funções na promoção e na assistência à saúde em geral (BRAGA, 2020).

5 CONCLUSÃO

Diante dos dados supracitados, pode-se concluir que é de crucial importância implementar o mapa de risco em ambientes hospitalares, com o fito de identificar situações que representem riscos à saúde dos pacientes e realizar ações visando a diminuição ou eliminação de riscos nesses ambientes.

Além disso, deve-se destacar a gestão de riscos, como ferramenta fundamental para a boa prática de segurança, pois esta tem como finalidade o reconhecimento precoce de riscos, bem como sua notificação imediata para que assim sejam propostas ações preventivas para a melhoria da prática profissional e redução de acidentes. Por fim, sugere-se mais estudos nesta área temática para suprir as lacunas observadas na literatura científica.

REFERÊNCIAS

BALTHAZAR, M. A. P., *et al.* Gestão dos riscos ocupacionais nos serviços hospitalares: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 9, p. 3482-3491, 2017 Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110248/22191> Acesso em: 18 abr. 2021.

BRAGA, J. A. L. Administradores diante dos riscos ocupacionais que envolvem as atividades da equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. **Revista pubsaúde**, 3, a021, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude3.a021>. Disponível em: <https://pubsaude.com.br/wp-content/uploads/2020/04/021-Administradores-diante-dos-riscos-ocupacionais.pdf>. Acesso em: 15 abr 2021.

BRANDÃO, M. G. S. A.; BRITO, O. D.; BARROS, L. M. Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.84>. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/84>. Acesso em: 08 abr. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Editora MS, 2001. ISBN 85-334-0353-4. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf. Acesso em: 15 abr 2021.

CEDRAZ, R. O., *et al.* Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e20170252, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0252> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000100220&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 abr. 2021.

HOKERBERG, Y. H. M., *et al.* O processo de construção de mapas de risco em um hospital público. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p:503-513, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000200027>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200027. Acesso em: 14 abr. 2021.

KERN, A. E.; FELDMAN, L. B.; D'INNOCENZO, M. Implantação do gerenciamento de riscos num hospital público. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1-2-3, p:127-35, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-97077>. Acesso em: 06 abr. 2021.

LIMA, C. A., *et al.* Gestão de risco hospitalar: um enfoque na qualidade e segurança do paciente. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 1, p. 2862-2876, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5558881>. Acesso em: 15 abr. 2021.

LORO, M.M; ZEITOUNE R. C. G. Estratégia coletiva de enfrentamento dos riscos ocupacionais de uma equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03205, p. 8, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2015027403205>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100402&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 abr. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17 n. 4: 758-64, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 06 abr. 2021.

MOHER, D. *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med.** v. 6, n. 6: e1000097, 2009. DOI: 10.1371/journal.pmed1000097. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097> . Acesso em: 06 abr. 2021.

MOJICA, E. *et al.* Elaboration of a risk map in a paediatric Emergency Department of a teaching hospital. **Emergency Medicine Journal**, v. 33, n. 10, p. 684-689, 2016. Disponível em: <https://emj.bmj.com/content/33/10/684.short> . Acesso: 06 abr. 2021.

PONTE, A. S.; RIBAS, M. A. M.; PINTO, V. M. A importância do mapa de risco para a prevenção de acidentes de trabalho em cozinhas/copas de hospitais do interior do Rio Grande do Sul/RS. **Saúde (Santa Maria)**, v. 40, n. 2, p.123-130, 2014. ISSN: 0103-4499. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/12549>. Acesso em: 06 abr. 2021.

SILVA, J. A.; PINTO, F. C. M. Avaliando o Impacto da Estratégia de Segurança do Paciente Implantada em uma Unidade de Clínica Médica de um Hospital Universitário sob a Perspectiva da Dimensão da Atenção à Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 66, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.66.10> disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/10>. Acesso em: 06 abr. 2021.

VISHNU, C. R. *et al.* Analysis of the operational risk factors in public hospitals in an Indian state. **International journal of health care quality assurance**, v. 18;33, n. 1, p:67-88, 2019. DOI: 10.1108/IJHCQA-06-2018-0156. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31940151/>. Acesso em: 06 abr. 2021.

CAPÍTULO VI

O PAPEL DA REVISÃO DE ESCOPO NA ELABORAÇÃO DE UM CONSTRUTO PARA AVALIAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Thaiane Almeida Silva, Karla Crozeta Figueiredo e
Alda Souza Figueredo

Resumo

Introdução: A elaboração de um construto, através de pesquisa metodológica, demanda ampla pesquisa sobre o atual estado da arte, por compreender que a necessidade de um construto advém de uma lacuna existente na literatura. **Objetivo:** Relatar o papel da revisão de escopo na elaboração de um construto para avaliar a cultura de segurança do paciente. **Metodologia:** Trata-se de reflexão teórica a respeito do papel de revisão de escopo, guiada pelos critérios do *Joanna Briggs Institute* (JBI), como parte do procedimento teórico de uma pesquisa metodológica. **Resultados:** A revisão buscou identificar os aspectos metodológicos das pesquisas de cultura de segurança do paciente, revelando alta prevalência de estudos quantitativos e lacuna na literatura, demandando o desenvolvimento um produto estratégico e inovador, com uma metodologia mista, para diagnosticar a cultura de segurança do paciente. **Considerações finais:** A condução de criteriosa revisão escopo é pertinente na realização de pesquisas metodológicas, visto que, devido às suas características, permite uma amostragem maior do que em outros tipos de revisões, de modo que seus dados fornecem subsídios à elaboração de construtos.

Palavras-chave: Desenho de Pesquisa. Revisão do Estado da Arte. Segurança do paciente.

Abstract

Introduction: The development of a construct through methodological research, requires extensive research on the current state of the art, as it understands that the need for a construct comes from a gap in the literature. **Objective:** To report the role of scope review in the development of a construct to assess a patient safety culture. **Methodology:** This is a theoretical reflection on the role of scope review, guided by the criteria of the *Joanna Briggs Institute* (JBI), as part of the theoretical procedure of methodological research. **Results:** A review sought to identify the methodological aspects of patient safety culture research, revealing a high prevalence of quantitative studies and revealing a gap in the literature, requiring the need to develop a strategic and innovative product with a mixed methodology to diagnose culture patient safety. **Final considerations:** Conducting a thorough scope review is pertinent in conducting methodological research, since, due to its characteristics, it allows a larger sample than in other types of reviews, so that its data provide subsidies for the construction of constructs.

Keywords: Surveys and Questionnaires. Review Literature as Topic. Patient safety.

1 INTRODUÇÃO

A revisão de escopo pode estar inserida em diversos desenhos de pesquisa, como etapa de fundamentação teórica, visto que busca por lacunas na literatura sobre determinado tema, que possam indicar a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

O *Joanna Briggs Institute* (JBI) dispõe de guias para a condução de revisões sistemáticas e de escopo, com recomendações sobre a elaboração do protocolo de revisão, que deve conter a pergunta de pesquisa, estratégias de busca, fonte das evidências, critérios de inclusão e exclusão, alusão aos dados que serão extraídos e como serão analisados. Além disso, estabelece a utilização do *The Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PAGE *et al.*, 2021), com extensão para revisões de escopo (PRISMA-ScR) (PETTERS *et al.*, 2020), que estabelece critérios para o relato dos resultados de revisão, e disponibiliza aos pesquisadores um fluxograma de inclusão e seleção dos estudos da amostra.

Para que construtos sejam desenvolvidos, é necessário identificar previamente as lacunas existentes na literatura, e para viabilizar a elaboração e validação desses construtos, a pesquisa metodológica dispõe das etapas necessárias. Luiz Pasquali (1997) discorre sobre os três procedimentos empregados na elaboração, validação de conteúdo e análise de construtos, são eles: 1- teórico, 2- empírico, e 3- analítico (LIMA, 2011; POLIT; BECK, 2018). No procedimento teórico a revisão de escopo tem lugar, para que a partir das lacunas identificadas, possam ser desenvolvidas novas tecnologias e produtos direcionados a um problema de interesse.

O fato de a cultura de segurança do paciente ser temática amplamente discutida há mais de duas décadas, viabiliza a condução de revisões de literatura, tendo em vista a vasta gama de pesquisas originais e revisões de literatura encontradas nas bases de dados em saúde, além da literatura cinzenta, como teses e dissertações, que juntas compõem uma abundante fonte de dados sobre a temática.

As pesquisas de cultura de segurança do paciente apresentam características metodológicas que implicam diretamente nos seus resultados, como a vasta aplicação de questionários autoaplicados, que são analisados através do componente quantitativo (PUMAR-MÉNDEZ; ATTREE; WAKEFIELD, 2014). Autores com expertise em cultura organizacional (SCHEIN, 2001; RUSSO, 2017), desenvolveram,

por meio de suas experiências em como avaliá-la, princípios sobre quais consolidam os critérios necessários para que a cultura seja compreendida.

Esses pesquisadores ressaltam que erros metodológicos podem interferir diretamente nos resultados dessas pesquisas, visto que os questionários utilizados, quando analisados apenas quantitativamente, não revelam os dados mais profundos que são basilares na cultura de uma organização (SCHEIN, 2001; RUSSO, 2017).

O entendimento claro sobre a temática de interesse embasará a formulação da questão de pesquisa, por meio da estratégia PICO (*participants, intervention, comparator and outcome*) (AROMATARIS; MUNN, 2020), tornando-se fundamental o embasamento teórico prévio ao que se deseja investigar na literatura. A partir da questão norteadora criteriosa, as demais etapas de revisão serão realizadas, seguindo o rigor metodológico exigido para esse tipo de pesquisa (PAGE *et al.*, 2021).

É, desse modo, que se justifica a necessidade de realização de uma revisão de escopo, como etapa fundamental para a elaboração de um construto, visto que o conhecimento prévio sobre o conceito de cultura de segurança do paciente, utilizado na pesquisa, exige critérios específicos para sua avaliação. A revisão, nesse sentido, tem o intuito de mapear um aspecto bem delimitado, previamente ao seu início, facilitando a construção de um protocolo de revisão.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão teórica a respeito do papel da revisão de escopo, fundamentada no objetivo da pesquisa de desenvolver um produto como ação estratégica para a avaliação da cultura de segurança do paciente em organizações de saúde.

O primeiro procedimento da pesquisa metodológica, a partir do referencial de Pasquali (2010), foi adaptado, já que o produto desenvolvido não objetivou medir, assim como as escalas psicométricas à que as obras de Pasquali se direciona. A etapa de construção teórica de pesquisa foi composta pelas seguintes etapas: revisão narrativa da literatura; leitura dos referenciais teóricos indicados pela professora orientadora da pesquisa; elaboração do projeto para qualificação da dissertação; e revisão de Escopo.

A revisão de escopo seguiu o guia para revisões de escopo da JBI, e o protocolo de pesquisa foi registrado em plataforma de acesso aberto ao público, contendo os arquivos suplementares da pesquisa, como conjunto de dados e análises.

3 RESULTADOS

A leitura dos referenciais teóricos indicados se deu previamente à revisão de escopo e foi essencial para a formulação da questão de pesquisa. O guia para revisões de escopo da JBI foi adotado para fornecer rigor a pesquisa. Após elaborado o protocolo de revisão, foi realizado o registro na plataforma *Open Science Framework* (OSF) (SILVA; FIGUEIREDO, 2020).

A revisão buscou investigar os aspectos metodológicos dos estudos de cultura e clima de segurança do paciente no contexto hospitalar, nos últimos 20 anos. A periodicidade baseou-se no início das discussões em nível mundial sobre a temática de segurança do paciente.

Como fonte das evidências, foram utilizadas as bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Web of Science* (WoS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl).

Os resultados foram reportados segundo a lista de itens disponível no PRISMA-ScR), e através do fluxograma, disponibilizado pelos autores da ferramenta (PETTERS *et al.*, 2020). Os dados da revisão foram reportados além da dissertação de mestrado, em artigo para periódico científico.

Foi possível verificar uma lacuna concernente à aplicação de abordagens metodológicas inovadoras nas pesquisas que buscam avaliar a cultura de segurança do paciente, visto a prevalência de estudos com análise quantitativa exclusiva.

Foram escolhidos para esse momento da pesquisa apenas os estudos realizados em contextos hospitalares, que buscaram investigar clima e cultura, excluindo-se aqueles que buscaram elaborar novos instrumentos de pesquisa e/ou validar para contextos culturais. Um ponto importante a se destacar, foi que todos os estudos que objetivaram avaliar a cultura com o intuito claro de explicar um fenômeno local foram excluídos da amostra, devido ao elevado quantitativo de estudos com essa característica, o que inviabilizaria a condução da revisão.

Dentre os estudos identificados, uma revisão de literatura realizada por Púmar-Mendéz, Attree e Wakefield (2014) buscou investigar sobre a mesma temática, ou seja, os aspectos metodológicos dos estudos de clima e cultura, contudo não havia sido identificado nas buscas prévias. Ainda com esse estudo em mãos, julgou ser relevante a continuidade da revisão, por estar sendo realizada seis anos depois, o que, além de atualizar os dados, buscava realizar uma metassíntese sobre qual a influência das metodologias adotadas para o diagnóstico da Cultura de Segurança.

Esse resultado, em especial, trouxe importante suporte para a elaboração do construto, demonstrando a alta prevalência de estudos de abordagem quantitativa e inclusão de estudos relevantes, permitindo analisar, de modo amplo, a utilização dos componentes metodológicos nessas pesquisas.

Corroborando, a amostra que ultrapassou 100 estudos demarcou, predominantemente, a aplicação exclusiva de questionários autoadministrados. De 100 estudos, notou-se uma média de 5 estudos que aplicam o componente qualitativo, seja com a aplicação exclusiva de entrevistas, ou unida à análise quantitativa, subdividindo-se em estudos quali-quantitativos e mistos.

Muitos estudos relataram vieses de pesquisa com a ausência de aprofundamento das questões oriundas das variáveis dos questionários (EL-JARDALI *et al.*, 2010; GIMÉNEZ-MARÍN *et al.*, 2015; BECK *et al.*, 2018). Essa limitação é apontada, dentre outros motivos, pelo fato de que a aplicação exclusiva dos questionários capta não a cultura, mas o clima, dando à pesquisa uma característica transversal que não revela a relação entre causa-efeito (KNIHS *et al.*, 2020).

Esses estudos contribuíram para a confirmação da necessidade de considerar técnicas mistas de coleta de dados, com análise integrativa, para diagnosticar a cultura de segurança do paciente. Adotar uma abordagem mista permitirá aos pesquisadores avaliar não apenas os dados mais superficiais da cultura, ou seja, o clima identificado e percebido pela equipe de saúde, mas aspectos mais basilares.

4 DISCUSSÃO

A análise dos resultados indicou uma lacuna na literatura, demandando a necessidade de desenvolver um produto estratégico e inovador para diagnosticar a cultura de segurança do paciente a partir da abordagem de métodos mistos,

organizando de modo prático o passo a passo com as fases (quantitativa e qualitativa), etapas e procedimentos necessários ao diagnóstico.

Isso se deu porque, conforme o exposto, pesquisadores com expertise em avaliar a cultura das grandes organizações, constataram que a cultura é um fenômeno complexo no sentido de ser multinível. Shein (2001) conceitua em sua obra três níveis de cultura, são elas: 1) artefatos, 2) valores casados, e 3) certezas básicas fundamentais.

No primeiro nível, os únicos aspectos possíveis de serem captados da cultura são aqueles passíveis de serem percebidos, tanto por um agente externo, quanto pelos membros da organização. Nesse nível é possível formular inferências, a partir da indumentária dos funcionários, do layout arquitetônico, da forma como se relacionam, e a isso se denomina clima. Somente nos demais níveis é que serão percebidos aspectos culturais como a filosofia, visão e missão, bem como hábitos perpetuados ao longo de anos, às vezes, desde a fundação da organização (SHEIN, 2001).

Observou-se que os questionários aplicados nas pesquisas de cultura de segurança do paciente verificam o clima, ou seja, as percepções que as equipes de saúde têm sobre o seu ambiente de trabalho, e os aspectos relacionados à segurança. Quando analisados, os questionários revelam pontos fortes ou fracos, denotando quais dimensões culturais demandam melhorias, naquele local, por exemplo, “satisfação no trabalho” (FERMO; ROSA; MARINHO, 2016; KNIHS et al., 2020) e “condições de trabalho” (KOLANKIEWICZ et al., 2017). Essas pesquisas buscam apontar as dimensões que necessitam de melhorias (CARVALHO *et al.*, 2019; PAVAN *et al.*, 2019), para que ações estratégicas possam ser formuladas e implementadas.

Vale destacar que é imprescindível a aplicação dos questionários para avaliar o clima, visto que são ferramentas advindas de amplo estudo, validadas e próprias para realizar medidas, tendo como uma de suas vantagens a aplicação rápida, trazendo, além de praticidade, um panorama transversal da cultura (ANDRADE *et al.*, 2018). A aplicação dos questionários, como primeiro passo ao diagnóstico da cultura, é fundamental para o levantamento das variáveis de interesse, sejam as fragilidades ou potencialidades da cultura de segurança do paciente local.

Outro ponto que obteve destaque foi a constatação de que muitas pesquisas de cultura não incluem as chefias, realizando a pesquisa apenas entre a equipe assistencial (KOLANKIEWICZ *et al.*, 2017; GALVÃO *et al.*, 2018). Contudo, sabe-se a relevância do papel dos gestores na elaboração de políticas institucionais, bem como

no controle das metas de qualidade, indicadores e monitoramento dos resultados (CARMO *et al.*, 2020).

Importante destacar que, por vezes, pesquisas que afirmam realizar a avaliação da cultura, incluem apenas um estrato profissional. Essas assumem o risco de vieses de pesquisa, devido a não inclusão da equipe multiprofissional e suas chefias (RAFTOPOULOS; PAVLAKIS, 2013; MACEDO *et al.*, 2016; RAMOS; CALIDGID, 2018).

Tais pressupostos corroboram com os referenciais adotados, que assumem a cultura como um padrão organizativo que perpassa por todos, sendo, ao mesmo tempo formado por todos os membros da organização, ao passo que é influenciada pelo comportamento desses (SCHEIN, 2001; RUSSO, 2017). Destacando, assim, a importância de realizar a pesquisa de cultura de segurança do paciente por todos os estratos e de forma global dentro da organização, para que a gestão possa ter subsídios à elaboração ou ajustes em suas políticas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aprofundamento sobre os conceitos-chave a serem investigados, como nesse caso, a cultura de segurança da paciente, é o que permitirá direcionar a formulação da questão norteadora da revisão, uma vez que essa etapa é de suma importância para buscar as evidências de modo direcionado. É fundamental que as questões de pesquisa advenham de questionamentos com embasamento teórico, para que não sejam desenvolvidas pesquisas similares ou que já possuem respostas na literatura, mas que tragam novas descobertas e perspectivas que fomentem o desenvolvimento científico da área.

Assim como integrar equipe multiprofissional, lideranças, administrativo e pacientes devem ser envolvidos na aplicação do questionário, a fim de analisar de forma ampla e direcionar ações e políticas que impactam efetivamente na organização. Outro ponto a refletir é sobre a diferenciação entre clima e cultura de segurança do paciente, pois tê-los como sinônimos são constatados vieses de pesquisa, além do risco do não aproveitamento das oportunidades de aprofundamento do diagnóstico da cultura, a partir da aplicação do constructo desenvolvido.

Considera-se que essa reflexão emerge aspectos conceituais e metodológicos significativos aos futuros estudos da temática, e delinea novas possibilidades de

aprofundamento, considerando a adequada avaliação do clima e da cultura de segurança do paciente nas organizações de saúde, com a conseqüente evolução da qualidade da assistência prestada, pois caminham em paralelo.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.E.L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.1:161-172, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>.
- AROMATARIS, E.; MUNN Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. **JBI**, 2020. Available from <https://synt.hesimanual.jbi.global>.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **Int J Soc Res Meth**, v. 8, n. 1: 19-32, 2005. Available from:
<https://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/Scopingstudies.pdf>
- BECK, M.K., *et al.* Weaknesses in patient safety culture from the perspective of workers in a general hospital. **O Mundo da Saúde**, n. 42, v. 4: 1062-1081, 2018. DOI: 10.15343/0104-7809.2018420410621081.
- CARMO, J.M.A. *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal. **Rev. Bras. Enferm.** 73(5): e20190576, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0576.
- CARVALHO, P.A. *et al.* Avaliação da cultura de segurança em um hospital público do Distrito Federal, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 72(Suplemento 1):252-258. 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0716.
- EL-JARDALI, F. *et al.* The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. **Int J Qual Health Care.**, n. 22, v. 5:386-395, 2010. DOI: 10.1093/intqhc/mzq047.
- FERMO, V.C.R.V.; ROSA, L.M.; MARINHO, M.M. Professional attitudes toward patient safety culture in a bone marrow transplant unit. **Rev. Gaúcha Enferm.**, [Internet]. n. 37, n. 1:e55716, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.01.55716.
- GALVÃO, T.F. *et al.* Patient safety culture in a university hospital. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**, v.26: e3014, 2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>. Acesso em: 07 nov. 2019
- GIMÉNEZ-MARÍN, A. *et al.* Assessment of patient safety culture in clinical laboratories in the Spanish National Health System. **Biochem Med (Zagreb)**. n. 25, v.3: 363-76, 2015;. DOI: 10.11613/BM.2015.036.

KOLANKIEWICZ, A.C. *et al.* Clima de segurança do paciente entre trabalhadores de enfermagem: fatores contribuintes. **Acta Paul Enferm**, n. 30, v. 5:531-7, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700076>.

KNIHS, N.S. *et al.* Assessment of safety culture in organ donation. **Rev. Bras. Enferm**, v. 73, n. 2: e20180514, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0514.

LIMA, D.V.M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Online braz. J. nurs.** (Online); v.10, n. 2, abr-ago. 2011.

MACEDO, T.R. *et al.* A cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergência pediátrica. **Rev. esc. enferm. USP**, v.50, n.5:756-762, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0080-6234201600006000077>.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UnB; 1997.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

PAGE, M.J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v.372, .n.71, 2021. doi:10.1136/bmj.n71

PAVAN, N.F. *et al.* Patient safety culture in kidney transplant patients in western Santa Catarina. **Acta paul. enferm.** [Internet]. v. 32, n.4:398-405, 2019. DOI: 10.1590/1982-0194201900055.

PETERS, M.D.J. *et al.* Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). **JBIM Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

PUMAR-MÉNDEZ, M.J.; ATTREE, M.; WAKEFIELD, A. Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: a review of the literature. **Nurse Educ Today**, 34(2):162-170, 2014. DOI: [10.1016/j.nedt.2013.08.008](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.008).

RAMOS, R.R.; CALIDGID, C.C. Patient safety culture among nurses at a tertiary government hospital in the Philippines. **Appl Nurs Res**. v. 44, p.67-75, 2018. DOI: 10.1016/j.apnr.2018.09.007.

RAFTOPOULOS, V.; PAVLAKIS, A. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. **J Crit Care**, v.28, n.1:51-61. 2013. DOI: 10.1016/j.jcrc.2012.04.013.

RUSSO, G.M. **Diagnóstico da cultura organizacional: o impacto dos valores organizacionais no desempenho das terceirizações**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

SILVA, T.A; FIGUEIREDO, K.C. **Methodological approaches of climate assessment studies and patient safety culture in hospital services: a scoping review protocol**. 2020. Available from:

[https://mfr.osf.io/render?url=https://osf.io/3pjb/?direct%26mode=render%26action=download%26mode=render.](https://mfr.osf.io/render?url=https://osf.io/3pjb/?direct%26mode=render%26action=download%26mode=render)

SCHEIN, E.H. **Guia de sobrevivência da Cultura corporativa**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

CAPÍTULO VII

SEGURANÇA DO PACIENTE E LEAN HEALTHCARE: COMO TEM SIDO UTILIZADO PELA ENFERMAGEM

Eduarda Marini, Daniela Barella, Patrícia de Gasperi
Fernando Roberto Moraes e Thais de Moraes Vieira

Resumo

A metodologia *lean healthcare* tem aprimorado as mudanças na gestão, na excelência em qualidade e na segurança do paciente através da contínua eliminação dos desperdícios. O presente estudo objetiva identificar de que forma a enfermagem utiliza essa metodologia para melhorar a segurança do paciente nos processos. Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo bibliométrico. Foram encontrados 25 artigos científicos que atendiam aos critérios de inclusão. Os resultados mostraram que a eliminação de desperdícios, juntamente com a redução dos custos, foram os fatores mais citados sobre a utilização do *lean* pela enfermagem. Concluiu-se que a enfermagem está utilizando cada vez mais a estratégia *lean* principalmente para o aprimoramento de processos de trabalho, porém a maioria das implantações não trouxeram a segurança do paciente como principal objetivo. Portanto, se faz necessário realizar pesquisas nesse âmbito principalmente em outros idiomas que não o inglês, abrangendo o tema para países como o Brasil, onde o assunto é considerado novo na área da saúde visto seu potencial na busca por melhores resultados e maior qualidade na promoção de um cuidado seguro, apontando para a enfermagem como profissional promissor para as pesquisas acerca do tema.

Palavras-chave: enfermagem, segurança do paciente, gestão da qualidade, qualidade da assistência à saúde, melhoria da qualidade.

Abstract

The lean healthcare methodology has been improving the practice of nursing and influencing its continuous actualization in the quest for excellence in quality and improvement of patient safety by the elimination of unnecessary waste. This work aims to identify the primary uses of lean methodology on nursing practitioner processes by performing a bibliometric review of articles published on the subject. The specific target of this research is the use of lean for patient safety improvement. There were found a total of 25 scientific articles that met this study inclusion criteria. The results showed that the elimination of waste and the reduction of costs were the most cited factors on the application of lean on nursing practitioners. In conclusion, the lean methodology is increasingly being applied on nursing, mainly for the improvement of work processes and, in most of the analysed papers, patient safety was not the main objective of the research. Consequently, it is necessary to conduct research in this topic in languages other than English, covering the subject in countries such as Brazil, where lean methodology applied on healthcare systems is still incipient. Therefore, the lean methodology is considered a rising management strategy to improve and promote a more safe care, being the nursing practitioners the most promising professionals to perform and benefit from research in this topic.

Key words: lean healthcare methodology, nursing, patient safety, quality management, health assistance quality, quality improvement.

1 INTRODUÇÃO

É perceptível tamanha insatisfação da população, principalmente brasileira, sobre a atual situação da saúde no país e no mundo. O custo com saúde é extremamente alto, a comunicação entre redes não é efetiva e a espera por assistência é sempre um problema. A evidente ineficiência e os desperdícios que ocorrem nesse sistema clamam por estratégias que proporcionem benefícios provocados por mudanças na gestão desses serviços (BATTAGLIA; PINTO, 2014).

Na saúde, a segurança dos processos é o primeiro passo para a gestão de uma assistência de qualidade e um serviço completo. Portanto, pode-se dizer que, em um serviço de saúde, o cuidado seguro reduz a lacuna entre os resultados possíveis e os resultados alcançados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011), segurança do paciente é “a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável”, considerando que o “mínimo aceitável” varia conforme o conhecimento do paciente sobre o assunto, os recursos disponíveis no ambiente de trabalho, o contexto em que a assistência está sendo realizada e, as diferentes necessidades de cada paciente.

Os conceitos de segurança do paciente na área da saúde e sua inserção na enfermagem, com a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), pretendem contribuir para a construção da cultura de segurança do paciente no Brasil e no mundo, garantindo a segurança e a eficácia em ambientes, ações e processos de trabalho em saúde, tanto para os pacientes quanto para os profissionais (REBRAENSP, 2013).

Silva (2013) afirma que um serviço de qualidade significa que ele satisfaz as necessidades do cliente de acordo com as suas expectativas. Na área da saúde, é aplicável o conceito estabelecido pelo Institute Of Medicine (IOM, 2000), que define qualidade na assistência como o aumento da probabilidade de os serviços de saúde alcançarem resultados desejados, relacionando-os com o nível de conhecimento científico atual.

Os processos de trabalho da enfermagem, na sua gênese, definem o enfermeiro como figura responsável pelo gerenciamento, pois ele realiza a gestão do cuidado quando o planeja, o delega ou o faz, bem como capacita a equipe, inter-relaciona-se com outros profissionais, prevê ou provê recurso e ensina o usuário. Ou seja, participa

de todas as atividades realizadas, possibilitando melhorias no cuidado (CAVEIÃO; HEY; MONTEZELI, 2013).

Considerando a complexidade das organizações de saúde, a diversidade de profissionais envolvidos, a busca constante pela inovação dos processos e a tamanha importância desse tipo de serviço para a sociedade, pode-se dizer que a gestão em saúde com segurança e com qualidade é um desafio (BATTAGLIA; PINTO, 2014). Dentre as possibilidades de melhoria que possam suprir as dificuldades relacionadas à gestão e que estão, de alguma forma, ligadas a uma gestão que pensa na qualidade (TEIXEIRA *et al.*, 2015), na segurança e no “fazer mais com menos”, encontra-se a estratégia organizacional *lean healthcare*, ou pensamento enxuto, que traz sistemas simplificados e de alta qualidade agregando valor ao cliente com o mínimo de desperdícios durante o processo (KARIM *et al.*, 2013).

Na saúde, as ferramentas dessa metodologia podem ser implantadas da mesma maneira que as indústrias, porém são adaptadas na linguagem de cada realidade, possuindo o diferencial de que o processo, nesse caso, é experimentado diretamente pelo paciente (PINTO, 2014).

Portanto, na área da saúde, o pensamento *lean* tem se distribuído aliando mudanças na gestão à excelência em qualidade e à segurança do paciente através da contínua eliminação dos desperdícios e da sistemática resolução de problemas. Isso é possível por meio da implantação dos princípios dessa metodologia na saúde, os quais são, segundo Pinto *et al.* (2014): criar valor para o cliente, atitude de melhoria contínua, unidade de propósito, respeito pelas pessoas, gestão visual e padronização com flexibilidade.

De acordo com Johnson *et al.* (2012), no ano de 2010, o IOM recomendou que os enfermeiros conduzissem os esforços para o aprimoramento da qualidade e assumissem o papel principal na reformulação dos cuidados de saúde nos Estados Unidos. Isso porque os enfermeiros, pelas suas experiências em liderar equipes, sua capacidade de avaliar e sua característica de pensador sistemático, vêm obtendo sucesso na liderança de iniciativas *lean*.

Em um momento no qual as organizações da saúde estão buscando valor no mercado, melhores práticas e medicina baseada em evidência, o *lean* é uma forma comprovada e eficaz de eliminar o desperdício, identificar problemas e implementar mudanças com sucesso, a fim de gerar um processo seguro (RINEHART, 2013).

Diante do exposto, surgiu a seguinte questão norteadora: como a metodologia *lean healthcare* tem sido utilizada pela enfermagem relacionada à segurança do paciente? Dessa forma, o objetivo do estudo foi caracterizar as produções científicas sobre a utilização pela enfermagem do pensamento *lean healthcare* como estratégia organizacional relacionada à segurança do paciente a partir da literatura nacional e internacional.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo bibliométrica, que segundo Bernardi *et al.* (2015), a escolha por esse método de estudo ocorre devido a relevância da organização de dados, os quais são capazes de gerar informações sobre o que está sendo produzido como forma de criação de um novo conhecimento na área de interesse.

A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre os meses de agosto e setembro de 2016, sendo realizada nas bases de dados de artigos científicos *Scopus*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) / Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *PubMed*, diretamente ou através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Utilizaram-se os seguintes descritores, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DecS): enfermagem, segurança do paciente, gestão da qualidade e qualidade da assistência à saúde, em português, inglês e espanhol. A pesquisa ocorreu combinando os descritores com o ícone E/AND/Y.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos que respondiam à temática, completos, textos em português, inglês e espanhol, apresentação da palavra *lean* no título e no resumo do artigo, e a menção da palavra enfermagem e/ou suas variações (enfermeiro, enfermeira), apresentada em qualquer parte do artigo e publicados nos anos de 2005 a 2015. Excluíram-se artigos que se encontravam repetidos nas bases de dados, teses, editoriais e manuais.

Inicialmente, após a busca nas bases de dados, emergiram 195 artigos. Aplicando os critérios de inclusão e exclusão esse número diminuiu para 25, os quais foram selecionados para este estudo.

Foram definidas como variáveis do estudo a distribuição da quantidade de artigos publicados nas bases de dados no período de 2005 a 2015, a distribuição da

quantidade de artigos publicados por ano de publicação no período de 2005 a 2015, a distribuição da quantidade de autores por artigo publicado no período de 2005 a 2015, a distribuição da quantidade de artigos publicados de acordo com o local de publicação no período de 2005 a 2015, a distribuição da quantidade de artigos publicados por idioma no período de 2005 a 2015, a distribuição da quantidade de artigos publicados por veículos de publicação no período de 2005 a 2015, a forma de utilização do *lean* pela enfermagem relacionada ao processo de trabalho, relacionado ao paciente e relacionado ao trabalhador de enfermagem.

Para a obtenção e organização dos dados coletados dos artigos selecionados, foram criados dois instrumentos como roteiro, ambos com os dados traduzidos para o idioma português. O primeiro contém itens para a coleta de dados básica dos artigos, composto por: numeração do artigo, título do artigo, número de autores, nome dos autores, profissão dos autores, veículo de publicação, local de publicação, ano de publicação, base de dados publicada e idioma.

O segundo instrumento contém itens para coleta de dados referentes ao tema principal, objetivo da pesquisa, metodologia da pesquisa, resultados da pesquisa e relação da pesquisa com o tema abordado no presente estudo.

Os dados coletados pelos instrumentos e transcritos foram organizados conforme categorização das variáveis do estudo. Após, os dados foram analisados através de estatística descritiva simples, e apresentados em forma de figuras e quadros.

3 RESULTADOS

Quanto à distribuição da quantidade de artigos publicados, de acordo com o local de publicação, no período de 2005 a 2015, destacou-se claramente como o local com o maior número de artigos publicados nos Estados Unidos da América, com 18 dos 25 artigos.

De acordo com a distribuição da quantidade de artigos publicados por idioma, identificou-se que, dos 25 artigos 24 foram publicados no idioma inglês e somente um artigo em espanhol.

Sobre a distribuição da quantidade de artigos publicados por veículos de publicação, dos 25 artigos, 12 tiveram publicação em veículos da área da saúde, 10 em veículos de enfermagem e 3 em veículos de outras áreas. Destacou-se, com a maior

quantidade de artigos publicados no mesmo veículo, incluído nos veículos de enfermagem, o *Journal of Nursing Administration* com 5 artigos publicados.

Quanto à análise dos dados sobre os resultados dos artigos selecionados para este estudo, foram identificados diferentes tipos de resultados obtidos a partir da utilização do *lean* pela enfermagem, os quais foram organizados em três categorias: resultados obtidos relacionados ao processo de trabalho, relacionados ao paciente e relacionados ao profissional de enfermagem. Dentro de tais categorias foram encontrados 22, 17 e 9 artigos, respectivamente.

Analisando os tipos de resultados relacionados ao processo de trabalho identificados a partir da utilização do *lean* pela enfermagem, apresentou-se: o “aumento da eficácia/eficiência do processo de trabalho” e a “eliminação de desperdícios” presentes em 8 artigos cada; a “redução de custos” em 7 artigos; o “aprimoramento do ambiente de trabalho” em 4 artigos; o “aumento da segurança no processo de trabalho” em 3 artigos; a “padronização do processo de trabalho”, o “aumento da capacidade de instalação” e o “aumento da agilidade no processo de trabalho” em 2 artigos cada; a “redução de readmissões evitáveis”, a “redução do número de visitas hospitalares”, a “redução do tempo de permanência hospitalar inapropriada”, a “melhoria da sistematização da informação” e a “otimização da utilização de instrumentos em cirurgia” em somente um artigo cada.

Analisando os tipos de resultados relacionados ao paciente identificados a partir da utilização do *lean* pela enfermagem e em quais artigos os mesmos foram encontrados, apresentou-se: a “melhoria da qualidade do cuidado ao paciente” presente em 10 artigos; o “aumento do tempo da enfermagem no leito junto ao paciente” e a “redução do tempo de espera do paciente” em 4 artigos cada; o “aumento da satisfação do paciente” e o “aprimoramento dos resultados dos pacientes” em 3 artigos cada; e a “redução de complicações e danos ao paciente” em somente um artigo.

Analisando os tipos de resultados relacionados ao profissional de enfermagem identificados a partir da utilização do *lean* pela enfermagem, apresentou-se: a “redução de erros na administração de medicamentos” presente em 3 artigos; o “aumento da qualificação dos profissionais” e o “aumento da colaboração interprofissional” em 2 artigos cada; e o “aumento da satisfação da equipe de trabalho” e a “redução de requisições dos pacientes à equipe de enfermagem” em somente um artigo cada.

4 DISCUSSÃO

Os dados mostram que o tema está muito mais avançado nos EUA do que em qualquer outro país do mundo, já que concentra 72% das publicações do estudo. Isto pode estar relacionado ao fato de que os EUA foram os pioneiros em estudos relacionados ao *lean* em saúde, fator esse que continua a predominar até os dias de hoje conforme Radnor *et al.* (2011), que apontam que os projetos *lean* na área da saúde tiveram início no Reino Unido e nos Estados Unidos no ano de 2001 e 2002, respectivamente, e atualmente estão sendo difundidos, sendo que a maioria das iniciativas ainda ocorre nos Estados Unidos (57%), seguido pelo Reino Unido (29%). Do mesmo modo, as questões relacionadas aos danos ligados à segurança do paciente também tiveram início nos EUA por volta de 1999 pelo IOM (IOM, 1999).

Destaca-se que o Brasil aparece entre um dos países com o menor número de publicações, demonstrando a escassez de publicações na área, porém, ao mesmo tempo, há interesse no campo da enfermagem em pesquisar sobre o tema. Isso reforça que é necessário que a enfermagem no Brasil avance nas pesquisas relacionadas ao assunto, buscando processos e resultados em saúde mais efetivos, mais eficazes e de maior qualidade.

Graban (2013) afirma que o que precisamos é justamente de um pensamento como esse, que muda toda mentalidade convencional acerca da assistência à saúde gerando uma completa transformação a fim de melhorar o valor oferecido ao paciente. Nesse sentido, o aumento de produções nacionais poderia contribuir para dar maior credibilidade sobre o assunto e estimular a produção do *lean* pela enfermagem e pelo campo da saúde.

Esses dados vão ao encontro dos resultados que mostram que a maioria dos artigos selecionados são de bases de dados com publicações internacionais e, portanto, no idioma inglês. Esses números também estão ligados ao local de publicação, o que leva à conclusão de que, mesmo um dos artigos tendo sido publicado no Brasil, o idioma inglês foi mantido para publicação.

Isso pode indicar que há carência de pesquisa acerca da utilização do *lean* pela enfermagem no Brasil. É importante que sejam publicados artigos em bases de dados com idioma português para que se dê início a um maior interesse em pesquisa por parte das organizações de saúde brasileiras quanto à melhoria dos resultados em saúde, da qualidade do cuidado e da segurança do paciente.

Entende-se também que a enfermagem está publicando uma quantidade significativa de estudos em relação ao *lean*, tanto em veículos de enfermagem quanto em veículos correspondentes às áreas da saúde, bem como outras áreas, como a da gestão.

Em grande parte dos artigos (88%) aparecem resultados que se referem ao processo de trabalho, demonstrando que a utilização do *lean* pela enfermagem parece ter alto grau de determinação e consenso na organização do trabalho nas instituições de saúde. Isso pode ser explicado por Caveião (2013), que cita que a gestão do cuidado implica em conhecimento administrativo e novas tecnologias como pilar mestre das ações de enfermagem. Para tal, faz-se necessário mudanças no gerenciamento e assistência com criatividade e autonomia.

Battaglia (2014), Pinto (2014), Karim *et al.* (2013) e Cheng (2015) referem que a otimização e a inovação dos processos possuem grande importância para a sociedade no meio da competitividade global, focando nos processos em busca da percepção das reais necessidades dos pacientes e dos serviços de saúde e em busca de segurança através do *lean*.

Também é expressivo (68%) o número de 17 artigos, em que aparecem resultados da utilização do *lean* relacionados ao paciente. Isto parece indicar que esta estratégia organizacional de gestão tem centrado sua utilização no paciente dentro do campo de trabalho da enfermagem. Na estratégia *lean*, o foco é centrado no paciente, pois possui a segurança e a qualidade como prioridade nos seus resultados (JOINT COMMISSION, 2013).

Em apenas 9 artigos (36%) aparecem resultados referentes aos profissionais de enfermagem. Isto pode sinalizar que é necessário o profissional enfermeiro, por ter capacidade de liderança, se apropriar de estratégias organizacionais a fim de obter autonomia nas suas decisões (JOHNSON *et al.*, 2012).

A categoria dos artigos relacionados aos processos de trabalho apresentou o maior número de resultados entre todas. É possível observar que a quantidade de artigos por resultados é relevante para que sejam analisados os objetivos da implantação de métodos de gestão em saúde, em complemento aos dados apresentados nas figuras anteriores.

O maior número de artigos nos resultados dessa categoria em destaque foi referente ao “aumento da eficácia/eficiência do processo de trabalho”, à “eliminação de desperdícios” e à “redução de custos”.

A eficácia e a eficiência estão entre os pilares em saúde quando se pensa em qualidade. A eficácia é definida como a realização de um processo de trabalho que possua um resultado benéfico, afirmando que isso nada mais é do que agregar valor ao paciente, conforme traz o pensamento *lean*. A eficiência, definida como a prevenção de desperdício, se encaixa na eliminação dos mesmos, que aparece em destaque nessa categoria e é afirmada dentro do pensamento enxuto como uma de suas prioridades para a geração de bons resultados (ANVISA, 2013).

O “aumento do tempo da enfermagem no leito” apareceu como resultado em segundo lugar, com o maior número de artigos na categoria de resultados relacionados ao paciente, afirmando a importância da reestruturação do tempo nos processos de trabalho, eliminando tempos gastos sem necessidade e sem valor nenhum ao trabalhador ou ao paciente.

É relevante citar que os resultados da categoria em questão quanto ao “aprimoramento do ambiente de trabalho”, o “aumento da segurança no processo de trabalho”, “a padronização do processo de trabalho” e o “aumento da agilidade no processo de trabalho” estão relacionados a um dos princípios do *lean* na saúde, o qual se atribui ao fluxo de valor ao paciente. Ou seja, o aprimoramento do ambiente de trabalho e a padronização dos processos são fatores preconizados dentro do *lean* para que o fluxo possua somente etapas que sejam realmente necessárias e que facilitem o trabalho (KARIM *et al.*, 2013).

Cabe destacar o resultado “melhoria da qualidade do cuidado ao paciente”, que aparece com uma quantidade significativamente maior de artigos do que os outros. Isso pode estar relacionado ao fato de que o aumento da qualidade do cuidado ao paciente é um objetivo que está cada vez mais sendo buscado pelas organizações de saúde pensando em melhores resultados, acreditando que essa busca possa reduzir desperdícios e custos e conseqüentemente, aumentar a eficácia/eficiência dos processos de trabalho.

Apesar da grande referência da qualidade do cuidado relacionado à segurança do paciente, chama a atenção a pouca quantidade de artigos (um) que apontam como resultado a “redução de complicações e danos ao paciente”. Esse dado pode estar relacionado ao fato de que pesquisas acerca de eventos adversos ligados à segurança do paciente estão ganhando importância somente nos últimos anos no Brasil e, porque muitos estudos não relacionam seus objetivos diretamente à segurança do paciente mesmo que o façam indiretamente.

Destaca-se que o resultado relacionado ao “aumento do tempo da enfermagem junto ao leito” se apresenta como fator de grande relevância tanto para o paciente quanto para o enfermeiro, bem como os resultados “redução do tempo de espera do paciente”, “aumento da satisfação do paciente” e “aprimoramento dos resultados dos pacientes” demonstram que a enfermagem vem procurando novas maneiras de aprimorar os resultados dos pacientes para que sua satisfação seja aumentada por meio da boa gestão dos processos. Um dos artigos que foram selecionados para esse estudo (Trabalho do enfermeiro: a aplicação do pensamento *lean* no processo de enfermagem) afirma que o *lean* é uma efetiva metodologia de aprimoramento e uma estrutura para mudar o gerenciamento do trabalho em enfermagem (O’NEIL, 2011).

Essa categoria, portanto, apresenta uma quantidade de artigos mais equilibrada entre os resultados do que as outras categorias apresentadas, talvez devido ao seu menor número de artigos no total. Entretanto, o resultado “redução de erros na administração de medicamentos” aparece em destaque.

Os erros na administração de medicamentos constituíram os primeiros eventos adversos a serem reconhecidos pensando na segurança do paciente. Muitos deles descobriram-se evitáveis e, portanto, se tornaram fundamentais no controle dos processos de trabalho da equipe de enfermagem. Essa discussão complementa a análise encontrada nos quadros 5 e 6, que cita a segurança do paciente inserida na qualidade do cuidado e na inicial perspectiva de que a segurança no processo de administração de medicamentos tem sido o começo para a busca da redução de danos ao paciente.

Um dos resultados relacionados ao profissional de enfermagem cita o “aumento da colaboração interprofissional”. Isso porque a implementação do *lean* ajuda a quebrar barreiras entre departamentos independentes, proporcionando uma melhor forma de trabalhar em conjunto, em benefício dos pacientes (JOINT COMMISSION, 2013).

O resultado “aumento da qualificação dos profissionais” da categoria em questão aponta para o aumento da qualificação do profissional, o que é afirmado em um dos artigos selecionados para esse estudo (Da Toyota para o leito: enfermeiros podem liderar o caminho Lean na reforma da saúde?), que conclui que após a implantação do *lean* algumas lições e implicações foram aprendidas para a educação em enfermagem no futuro, a qual deve incluir ferramentas, conceitos e habilidades

requeridas para a adaptação do *lean* no ambiente de cuidado ao paciente (JOHNSON *et al.*, 2012).

5 CONCLUSÃO

Foi possível constatar no estudo que a enfermagem está utilizando cada vez mais a estratégia de gestão organizacional *lean*, principalmente para o aprimoramento de processos de trabalho em busca de maior eficácia/eficiência nos resultados e maior qualidade do cuidado. Percebeu-se que a maioria das implantações do *lean* pela enfermagem não trouxeram a segurança do paciente como principal objetivo, salvo em processos de trabalho relacionados à administração de medicamentos.

Da mesma forma, foi possível constatar que a maioria dos estudos de enfermagem relacionados ao *lean* foram realizados fora do Brasil, sugerindo que o país invista em pesquisas na área visto que podem ser obtidos resultados muito importantes em saúde através da utilização dessa estratégia em gestão.

Apesar do profissional enfermeiro ter participado de várias formas dentro dos estudos analisados, é possível observar através dos resultados que o mesmo possui um futuro promissor dentro de pesquisas relacionadas a novas estratégias de gestão em organizações de saúde e, inclusive, possui competência para liderar a implantação dessas estratégias.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Carlos Alberto. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais, Porto Alegre: **Em Questão**, v. 12, n. 1, p. (11-32), jan./jun., 2006.

BATTAGLIA, Flávio; PINTO, Carlos Frederico. **Aplicando Lean na Saúde**, Lean Institute Brasil, 2014.

BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**, 1. ed., Brasília, 2013.

CAVEIÃO, Cristiano; HEY, Ana Paula; MONTEZELI, Juliana Helena. Administração em Enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. (79-85), jan./abr., 2013.

CHENG, Siu Yee; BAMFORD, David; DEHE, Benjamin; PAPALEXI, Marina. Improving access to health services – challenges in Lean application, **International Journal of Public Sector Management**, v. 28, n. 2, p. (125-135), 2015.

COMMISSION, Joint. **O pensamento lean na saúde**: menos desperdício e filas e mais qualidade e segurança para o paciente. Porto Alegre: Bookman, 2013.

GRABAN, Mark. **Hospitais Lean**: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários. Porto Alegre: Bookman, 2013.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is humane**: building a safer health system. EUA: National Academy of Science, 2000.

JOHNSON, J.E.; SMITH, A.L.; MASTRO, K.A. **From Toyota to the bedside**: nurses can lead the lean way in health care reform?. EUA, 2012.

KARIM, Azharul; ZAMAN, Kazi Arif-Us. A methodology for effective implementation of lean strategies and its performance evaluation in manufacturing organizations. **Business Process Management Journal**, v. 19, n. 1, p. (169-196), 2013.

O'NEIL, S.; JONES, T.; BENNETT, D.; LEWIS, M. **Nursing works**: the application of lean thinking to nursing processes. EUA, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Direção-Geral da Saúde: Lisboa, 2011.

PINTO, Carlos Frederico. **Em Busca do Cuidado Perfeito: aplicando Lean na saúde**. São Paulo: Lean Institute Brasil, 2014.

RADNOR, Zoe J.; HOLWEG, Matthias; WARING, Justin. Lean in healthcare: The unfilled promise?, **Elsevier**, 2011.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Estratégias para a segurança do paciente**: manual para profissionais da saúde, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

REVELES, Audrey Garcia; TAKAHASI, Regina Toshie. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico, **Rev. Esc. Enferm.**, v. 41, n. 2, p. (245-250), 2007.

RINEHART, Brenda. Applying Lean Principles in Healthcare, **Radiology Management**, p. (19-29), 2013.

SILVA, Reinaldo Oliveira da. **Teorias da Administração**. 3. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.

TEIXEIRA, Clarisse Stefani; BASTOS, Rogerio Cid; CORRÊA, Gustavo Alves; VIGANO, Fabiano da Rosa. O status atual das certificações no Brasil: um olhar sob a ISO 9001, ISO 14001 e OHSAS 18001, Teresina: **Revista Inova Ação**, v. 4, n. 1, p. (84-109), jan./jun., 2015.

CAPÍTULO VIII

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CUIDADO A CRIANÇA HOSPITALIZADA: PRÁTICAS DE ENFERMAGEM RELACIONADAS À IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Geovannya Iran de Santana Andrade, Geofabio Sucupira Casimiro, Claudia Maria Fernandes, Arieli Rodrigues Nóbrega Videres e Kennia Sibelly Marques de Abrantes

RESUMO

Introdução: Durante o período de internação a criança fica exposta ao ambiente hospitalar e as mais complexas e amplas intervenções e procedimentos de saúde. Nesse espaço de tempo, erros quanto à identificação correta do paciente são passíveis de acontecer. **Objetivo:** Analisar a Segurança do Paciente no cuidado à criança hospitalizada, a partir da realização de práticas relacionadas à identificação do paciente executadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa dos dados, desenvolvida com a equipe de enfermagem que atua em um Hospital público Universitário, do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de observação direta e não participante, pela qual foram apreciadas 15 observações e a aplicação complementar de um questionário com 28 profissionais. **Resultados:** As práticas seguras para identificar o paciente apresentaram limitações, mostrando conformidades e não conformidades, de acordo com o que propõem os protocolos de identificação do Ministério da Saúde e da própria instituição. **Conclusão:** Algumas questões ainda se apresentaram insatisfatórias, porém, com oportunidades de melhoria, o que necessitará de maior comprometimento da equipe para sua melhor efetivação. Mesmo com as não conformidades apresentadas, pontos positivos também foram observados nos resultados desse estudo.

Palavras-chave: Criança Hospitalizada, Equipe de Enfermagem, Segurança do Paciente.

ABSTRACT

Introduction: During the hospitalization period, the child is exposed to the hospital environment and the most complex and wide-ranging health interventions and procedures. In that time, errors regarding the correct identification of the patient are likely to happen. **Objective:** To analyze Patient Safety in the care of hospitalized children from the practice of practices related to patient identification performed by the nursing team at a University Hospital. **Methodology:** This is an exploratory, descriptive research with a quantitative approach that was developed with the nursing team that works in a public university hospital, in the municipality of Cajazeiras, Paraíba, Brazil. Data collection took place through direct and non-participant observation in which 15 observations were assessed and the complementary application of a questionnaire with 28 professionals. **Results:** The safe practices to identify the patient had limitations, showing conformities and non-conformities in accordance with the identification protocols proposed by the Ministry of Health and the institution itself. **Conclusion:** Some issues were still unsatisfactory, however, with opportunities for improvement, which will require greater commitment from the team to be effective. Even with the nonconformities presented, positive points were also observed in the results of this study.

Keywords: Hospitalized Child, Nursing Team, Patient Safety.

1 INTRODUÇÃO

Garantir a segurança do paciente nos ambientes de saúde é tema bastante trabalhado e debatido no contexto atual. Para tanto, todos os envolvidos nessa área necessitam compreender essa temática. Com base nisso, a segurança do paciente (SP) pode ser definida como “ausência de dano evitável ao paciente durante o processo de cuidado a saúde” (WEGNER *et al.*, 2017, p. 2). Ou ainda, pode ser entendida como o “conjunto de ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos (incidente que resulta em dano à saúde) e danos desnecessários durante a atenção prestada nos serviços de saúde” (BRASIL, 2017, p. 11).

Compreendendo o ambiente hospitalar e sua macrocomplexidade, esse oferece diversos riscos para a SP, podendo desencadear eventos adversos que resultam em efeitos negativos aos acometidos (SOUZA *et al.*, 2014). Sendo assim, as instituições de saúde e seus profissionais devem estar cada vez mais empenhados em garantir uma assistência livre de erros e danos.

Historicamente, a temática sobre SP surgiu a partir de um processo gradativo, no qual proporcionou a criação de diversos outros programas, redes e políticas que tratam sobre o tema. Tudo começou com a publicação do relatório *Errar é Humano*, do Institute of Medicine dos Estados Unidos, que mobilizou o mundo sobre a promoção da SP na atenção à saúde. Em seguida, surgiram outras abordagens, como a criação da Aliança Mundial para a SP, criado em 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), originado em 2008 até a criação em 2013, pelo Ministério da Saúde (MS), do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria N° 529, que tornou a temática uma política no contexto nacional (WEGNER *et al.*, 2017).

A segurança nos cuidados prestados deve ser dada a qualquer indivíduo e em qualquer situação, porém, quando se trata do público pediátrico deve-se ter em mente a elaboração de uma assistência diferenciada, compreendendo não somente a criança, mas todas as esferas a ela ligadas. Botene e Pedro (2014) retratam que na hospitalização da criança é necessária uma atenção diferenciada por parte dos profissionais para com esses indivíduos devido às suas fragilidades e particularidades inerentes e próprias do seu processo de desenvolvimento e crescimento.

Durante o período de internação, a criança fica exposta ao ambiente hospitalar e as mais complexas e amplas intervenções e procedimentos de saúde. Nesse espaço

de tempo, erros quanto à identificação correta do paciente são passíveis de acontecer. Em conformidade ao exposto, Wegner *et al.* (2017) afirmaram que, acerca da SP no contexto hospitalar, a enfermagem pediátrica vem sendo estudada e várias pesquisas averiguam algumas situações da assistência que promovem a ocorrência de eventos adversos relacionados às práticas inseridas no contexto do cuidado.

No que concerne a identificação incorreta do paciente, erros dessa natureza são passíveis de ocorrer e comprometer o processo assistencial, nessa premissa a *National Patient Safety Agency* (NPSA), constatou, entre os anos de 2006 a 2007, 24.382 relatórios de circunstâncias contrárias com uma assistência segura aos pacientes, e estima-se que desses, 2.900 estejam relacionados a erros de identificação, no que diz respeito a não utilização das pulseiras de identificação, como também a informações incorretas nas mesmas (HEMESATH *et al.*, 2015).

A identificação correta do paciente é fator importante, pois contribui para uma assistência segura. No contexto pediátrico esse tema se torna ainda mais preocupante devido à complexidade física e morfológica desses pacientes, pois erros de identificação podem gerar sérios danos a esses indivíduos. Principalmente por apresentarem sistemas orgânicos em desenvolvimento e a inabilidade da comunicação, o que contribui ainda mais para inadequada identificação, tornando-os incapazes de chamar atenção dos profissionais para possíveis erros (SOUZA *et al.*, 2015).

Diante do exposto, constata-se que erros quanto à identificação do paciente têm sido alertados por diversos autores, configurando-se como graves problemas na assistência à saúde, principalmente se tratando de pacientes pediátricos. Sendo assim, o estudo tem como objetivo analisar a SP no cuidado a criança hospitalizada, a partir da realização de práticas relacionadas à identificação do paciente executadas pela equipe de enfermagem em um Hospital Universitário. E justifica-se pela necessidade de abordar, compreender e identificar essas práticas, para que, com isso, seja possível contribuir para uma assistência livre de erros e garantir cada vez mais a SP nas instituições de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, que possibilitou o entendimento acerca do objetivo proposto. O estudo foi

desenvolvido na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, no setor de internamento de um Hospital público Universitário, do município de Cajazeiras, Paraíba, Brasil – o Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB). Esse é um Hospital de relevância, por propiciar apoio ao ensino, a pesquisa e a extensão, para a formação no campo da saúde, além de prestar assistência em saúde para a comunidade.

A população estudada foi constituída por profissionais da equipe de enfermagem, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, atuantes na clínica de internação do HUJB. Foram adotados como critérios de inclusão profissionais que estavam em exercício profissional no momento da coleta de dados e como critérios de exclusão profissionais que estavam atuando nos setores administrativos, em período de férias, licença ou afastamento do serviço no momento da coleta de dados. A partir da análise dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, a população final do estudo foi composta por 28 profissionais de enfermagem. Quanto às observações, foram realizadas um total de 15, para isso, os profissionais de enfermagem foram observados pelo pesquisador quando estavam realizando alguma etapa do processo de identificação do paciente.

A coleta de dados foi realizada a partir da observação direta e não participante e a aplicação complementar de um questionário. Desse modo, foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: o instrumento I, que compreendeu um roteiro de observação direta e não participante das práticas realizadas pela equipe de enfermagem, nele foram dispostos os dados a serem observados, os quais foram registrados em uma ficha de acompanhamento que direcionou, de forma objetiva, o observador em seu registro. E o instrumento II, que compreendeu um questionário com perguntas abertas e fechadas, o qual contemplou questões relativas à caracterização dos participantes, incluindo as variáveis sexo, idade, tempo de atuação na enfermagem e no setor de internamento do HUJB, e se participou de alguma capacitação relacionada à SP e questões relativas à realização de práticas seguras durante a identificação do paciente.

Os dados foram coletados em um período de 60 dias alternados e incluiu tanto o serviço diurno quanto o noturno. Os dados coletados, a partir do roteiro de observação e dos questionários, foram analisados através da estatística simples, e em seguida foram confrontados com os dados preconizados pelos protocolos de práticas seguras adotados pelo MS e Protocolos implantados pela própria instituição.

O estudo foi realizado respeitando os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo fielmente as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e concordaram em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto deste estudo foi enviado para a plataforma Brasil para sua avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria/PB (FSM) e foi aprovado no dia 05/12/2017 com parecer favorável de número 2.415.728.

3 RESULTADOS

A presente seção concentra os resultados da pesquisa. Na explanação dos dados, será apresentada inicialmente a caracterização dos sujeitos da pesquisa e, posteriormente, os resultados quanto a realização de práticas seguras relacionadas a identificação do paciente.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Para caracterizar o perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, sexo, categoria profissional, realização de capacitação sobre SP, tempo de profissão e de atuação no HUJB. Optou-se pela demonstração dos dados em tabela para facilitar a visualização dos resultados obtidos.

Tabela 1 - Caracterização da Equipe de Enfermagem que atua na Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

Variáveis	N	%
Idade		
20 a 30 anos	4	14,3
31 a 40 anos	16	57,2
41 a 50 anos	6	21,4
>50 anos	2	7,1
Sexo		
Feminino	27	6,4
Masculino	1	3,6
Categoria Profissional		
Enfermeiro	11	39,3
Técnico de enfermagem	17	60,7
Realizou capacitação sobre SP		
Sim	15	53,6
Não	13	46,4
Tempo de Profissão		
1 a 6 anos	5	17,9
7 a 12 anos	10	35,7
13 a 19 anos	10	35,7
>20 anos	3	10,7
Tempo de atuação no HUJB		
1 mês a 6 anos	15	53,6
7 a 12 anos	6	21,4
13 a 19 anos	5	17,9
>20 anos	2	7,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

3.2 QUESTÕES RELATIVAS À IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A partir do método de observação direta e não participante utilizado no estudo (Roteiro de observação dos profissionais - Instrumento I), tornou-se possível confrontar o que o pesquisador observou durante a assistência realizada pela equipe de Enfermagem com o que eles responderam no questionário (Instrumento II). Sendo assim, foram realizadas 15 observações. Desse total, 10 (66,7%) foram feitas com Técnicos de Enfermagem e 5 (33,3%) com Enfermeiros.

Quando perguntados sobre qual é o instrumento utilizado na instituição de saúde para identificar o paciente, dos 28 entrevistados, 15 (53,6%) referiram as pulseiras de identificação e 13 (46,4%) responderam que usavam as pulseiras de identificação e as placas que se encontravam acima do leito do paciente. Os dados obtidos com a aplicação do questionário, no que se refere aos instrumentos de

identificação e principais identificadores, ou seja, as informações utilizadas nesses instrumentos, podem ser observadas na tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Distribuição dos instrumentos de identificação e principais descritores utilizados para identificação do paciente, segundo a Equipe de Enfermagem. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

Variáveis	N	%
Instrumento de Identificação		
Pulseiras	15	53,6%
Pulseiras e placas	13	46,4%
Identificadores da Pulseira		
Nome do paciente; Data de Nasc.	13	46,4%
Nome do Paciente; Data de Nasc.; Data de admissão	8	28,6%
Nome do Paciente; Data de Nasc.; N° do prontuário	6	21,4%
Nome do Paciente; Data de Nasc.; Idade	1	3,6%
Identificador da Placa		
N° do leito	13	46,4%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Nota: dados obtidos por meio da aplicação do questionário.

No entanto, durante a observação, constatou-se que das 15 observações realizadas, em 9 (60%) observações os pacientes estavam sendo identificados com placas e pulseiras e em 6 (40%) os pacientes estavam sendo identificadas apenas pelas placas. Os dados obtidos pela observação, no que diz respeito aos instrumentos de identificação e os identificadores observados, estão dispostos na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos instrumentos de identificação e principais descritores utilizados para identificação do paciente, segundo a observação direta e não participante. HUJB, Cajazeiras, PB, 2018.

Variáveis	N	%
Instrumento de Identificação		
Pulseiras e Placas	9	60%
Placas	6	40%
Identificadores da Pulseira		
Nome do Paciente; Data de Nasc.; N° do prontuário	5	55,6%
Nome do Paciente; Data de Nasc.; Data de admissão	4	44,4%
Identificador da Placa		
N° do leito	15	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Nota: dados obtidos por meio da observação direta e não participante

Quando questionados se o serviço utilizava algum tipo de identificador adicional no caso de transferência de pacientes, 14 (50%) profissionais responderam que não utilizavam e 14 (50%) responderam que utilizavam.

Ao avaliar quais seriam as ações realizadas pela equipe de enfermagem caso erros ocorressem devido à identificação incorreta do paciente, observou-se que o grupo composto por 19 (67,9%) profissionais foram enfáticos em seus discursos, ao relatarem que comunicariam o erro a equipe, seja enfermeiros e/ou médicos, 4 (14,3%) participantes não souberam responder o que fariam, 2 (7,1%) responderam que além da equipe de enfermagem e médico, comunicariam também ao paciente e sua família, 2 (7,1%) afirmaram que comunicariam a coordenação do hospital, e apenas 1 (3,6%) relatou que comunicaria ao Núcleo de Segurança do Paciente.

Quando questionados sobre qual é o procedimento realizado pela equipe caso a pulseira esteja danificada, caia ou fique ilegível, todos os 28 (100%) profissionais responderam que substituiriam a pulseira por outra contendo as mesmas informações.

No que se refere às observações realizadas, percebeu-se que nenhum paciente foi identificado com as pulseiras logo, durante sua admissão no serviço de saúde, e que a cor das pulseiras era exclusivamente de coloração branca.

Das 9 (60%) observações realizadas, em que os profissionais cuidavam de pacientes que estavam com as pulseiras de identificação, 3 (33,3%) dessas possuíam informações que não eram fáceis de ler devido a ilegibilidade, pois as informações eram manuscritas em letras cursivas. Quanto à resistência da pulseira, observou-se que elas não eram resistentes (expostas à água ou outros produtos) e se desgastavam, principalmente as informações durante a permanência do paciente no hospital, uma vez que essas eram registradas por caneta esferográfica com pouca resistência e durabilidade, com isso foi possível observar pulseiras apagadas e com borrões.

Quanto a conferência da identificação antes dos cuidados prestados, das 15 observações realizadas, apenas 1 (6,6%) profissional no momento observado realizou a conferência da identificação e quando investigado sobre quais os momentos o profissional realizava a verificação da identificação, apenas 1 (6,6%) profissional realizou antes do início de um episódio de cuidado, ou seja, apenas uma única vez durante o dia de trabalho. Em todas as 15 (100%) observações, a conferência também não ocorreu, mesmo que o profissional conhecesse o paciente.

4 DISCUSSÃO

A partir dos dados observados foi possível constatar que, embora os profissionais tenham demonstrado na entrevista conhecimento sobre a utilização da pulseira para a identificação do paciente, na prática de trabalho o uso das mesmas não estava ocorrendo de forma satisfatória, pois constatou-se um número significativo de pacientes sem o dispositivo de identificação (40%). Essa mesma problemática foi evidenciada em outro estudo, no qual verificou-se que de 30 pacientes observados, 66,6% apresentavam identificação por placa. Importa destacar que a identificação por placas não é recomendada pelo protocolo do MS, uma vez que podem ocorrer erros, visto que o paciente certo pode, muitas vezes, não está no leito certo (LEMOS; CUNHA, 2017).

Os profissionais seguem o que preconiza o protocolo de identificação do paciente da própria instituição, que estabelece o nome completo do paciente, a data de nascimento e o número do prontuário ou da ficha de atendimento como identificadores. Tal procedimento está em conformidade com o protocolo estabelecido pelo MS, que preconiza utilizar ao menos dois identificadores destes: data de nascimento do paciente, nome completo do paciente, número do prontuário e o nome da mãe do paciente. Porém, os profissionais se equivocam quando estabelecem o número do leito como identificador utilizado nas placas, uma vez que, ao longo do processo de internação no hospital, pode haver troca de leitos e isso poderá interferir na segurança de sua identificação (BRASIL; FIOCRUZ, 2013).

Ao considerar que vários pacientes podem ser admitidos no mesmo dia e que várias pessoas podem ter a mesma idade, então a data de admissão e a idade do paciente são tipos de identificadores que não garantem exclusividade na identificação dos mesmos, configurando-se desnecessário a sua utilização (LEMOS; CUNHA, 2017).

Quando se trata de qual conduta tomar perante a ocorrência de um erro relacionado com a identificação, os que referiram comunicar o evento ao enfermeiro e/ou médico, os escolheram por acreditar que esses profissionais podem ajudar a corrigir o erro, evitando sérios danos à criança. Essa conduta é condizente e recorrente na literatura, uma vez que essa comunicação ajudará nos cuidados diretos ao paciente afetado, porém a notificação também deverá ser realizada (DIAS *et al.*, 2014).

Outro evento que pode interferir e dificultar o processo de notificação dos eventos adversos é a prática punitiva perante o erro, nessa vertente Duarte *et al.* (2015)

verificaram em seu estudo que os profissionais de enfermagem se posicionaram em prol da notificação dos erros, porém essas notificações ainda eram bastante negligenciadas, devido à cultura punitiva existente, em que se tornava difícil admitir o erro por temer as consequências que isso geraria como o castigo e a incompreensão. Sendo assim, se faz necessário efetivar as práticas que permeiam a cultura de segurança do paciente nos ambientes de saúde, para que assim ações, condutas e pensamentos possam ser modificados.

A partir da comunicação ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) sobre a ocorrência do erro, isso gerará uma notificação. A notificação de eventos adversos pelo NSP é obrigatoriedade de acordo com a RDC nº 36/2013, e se torna função desse núcleo não apenas notificar e sim identificar e analisar os incidentes que ocorrem em seu serviço de saúde (BRASIL, 2014).

O fato de nenhum paciente ter sido identificado durante sua admissão no serviço de saúde mostra que a instituição não se apresentava em conformidade com o que estabelece os protocolos de identificação, sendo necessário, com isso, rever essa questão. O protocolo de identificação do paciente do MS destaca que a identificação deve ocorrer na admissão do paciente no serviço, sejam em situações de internamentos, em regime de hospital dia ou atendidos por serviços de emergência ou ambulatorial (BRASIL; FIOCRUZ, 2013).

Quanto à cor da pulseira, essas eram exclusivamente de cor branca, conforme estabelece o protocolo da instituição e do MS, não havendo outras com coloração diferente, a fim de diferenciar pacientes e sua situação clínica. Algumas instituições de saúde, dependendo de seus protocolos, podem fazer uso de pulseiras de outras cores, como verificado em um estudo no qual os dispositivos de identificação encontrados nas observações eram de coloração branca ou vermelha, em que as de coloração vermelha eram utilizadas por pacientes que referiam alguma alergia, a fim de identificá-los de forma mais específica (LEMOS; CUNHA, 2017).

A utilização de letras cursivas foi observada em todas as pulseiras, e apesar do protocolo da instituição prezar pela utilização de letras de forma, essa prática não estava sendo adotada pelos profissionais. Problemas semelhantes foram observados em outros estudos. Uma pesquisa evidenciou que 17,3% dos casos de pulseiras com tinta desbotando, problemas de dados ilegíveis (8,6%) e registros descritos em letra cursiva, o que dificulta o entendimento (4,3%) dos casos (LEMOS; CUNHA, 2017).

Outro estudo também constatou a ocorrência de pulseiras danificadas, contendo rasgos e dobras, ilegíveis e com registros apagados (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

O protocolo do MS preconiza que as informações da pulseira devem ser fáceis de ler e deve-se garantir sua integridade, mesmo quando expostas a qualquer líquido e outros componentes, garantindo sua durabilidade durante a estadia do paciente no hospital. As informações podem ser digitadas ou manuscritas, porém, as que forem manuscritas devem ser realizadas com canetas especiais que garantam a permanência e duração (BRASIL; FIOCRUZ, 2013).

Quanto à conferência da pulseira de identificação antes dos cuidados prestados, esse se mostrou insatisfatório. Corroborando com os dados apresentados, Lemos e Cunha (2017) em seu estudo observacional também constataram que apenas 5,5% dos profissionais realizaram a conferência de dados no dispositivo de identificação, apresentando, assim, necessidade de treinamento dos envolvidos para que os protocolos sejam implementados com eficiência e eficácia.

Considerando que entre os cuidados mais observados estavam os de administração de medicamentos, erros pela não conferência da identificação podem ser cruciais para a criança. A importância da identificação correta no cuidado para a administração de medicamentos foi relatada por profissionais como uma grande preocupação no cuidado à criança hospitalizada, e a identificação incorreta pode induzir para que erros de medicação aconteçam (SOUZA *et al.*, 2015). Ainda enaltecendo essa questão, o protocolo do MS é claro quando traz que a conferência da identificação deve ser realizada antes de qualquer cuidado e inclui, entre eles, o ato da administração de medicamentos (BRASIL; FIOCRUZ, 2013).

É nítido que a conferência da pulseira não acontecia na prática. Cooperando com isso, Tase *et al.* (2013) colocam em suas observações que a prática de verificar a pulseira e suas informações ainda é negligenciada pelos profissionais de saúde, principalmente para com aqueles usuários que permanecem por longos períodos de internação. Esses ainda colocam como medida que ajudaria a mudar essas ações a educação e conscientização dos profissionais, para que passem a valorizar essa prática e dos usuários para que cobrem o uso da pulseira e sua verificação, sendo possível, com isso, a disseminação dessa cultura na sociedade.

Através das observações realizadas, foi possível identificar que os profissionais não realizavam as ações de identificação do paciente propostas pelo protocolo do hospital e do MS, uma vez que os mesmos discorrem que a confirmação da

identificação deve ser realizada a cada intervenção prestada ao paciente e continuar durante a sua permanência no hospital, e mesmo que o profissional conheça o paciente, confirmar as informações é ato imprescindível, que garantirá que o paciente certo receberá o cuidado certo (BRASIL; FIOCRUZ, 2013).

Em suma, constata-se a evidente baixa adesão dos profissionais para com as práticas relacionadas à identificação correta do paciente e que, embora a instituição estabeleça um protocolo de identificação, esse ainda não era totalmente seguido. Nessa vertente, estudo conclui que envolver todos os autores como os profissionais e gestores é de grande importância e que a implementação de protocolos sem o envolvimento profissional, faz com que não se obtenha segurança muito menos qualificada nos serviços prestados (HEMESATH *et al.*, 2015).

5 CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos é possível concluir que, quanto à realização das práticas seguras para a identificação do paciente por parte dos profissionais de enfermagem, essa ainda se apresentou insatisfatória, necessitando maior abrangência e comprometimento da equipe para sua melhor efetivação. Deve-se enfatizar a necessidade de utilização das pulseiras de identificação em todos os pacientes, ainda na sua admissão no hospital, e conferir todas as informações antes dos cuidados prestados.

Faz-se necessário, também, adotar informações adicionais no caso de transferência de pacientes, e garantir pulseira livre de danos e de ilegibilidade. Constatou-se precariedade na conduta tomada pelos profissionais quanto à notificação dos erros relacionados à identificação incorreta, o que demonstra a necessidade de a instituição hospitalar implementar mais ações que promovam a cultura de SP entre os profissionais e gestores da instituição.

Mesmo com as não conformidades apresentadas, pontos positivos quanto às práticas realizadas na identificação do paciente também foram observados nos resultados desse estudo. Entre eles a conformidade com os identificadores utilizados nas pulseiras de identificação e a cor das pulseiras, respeitando o que está estabelecido tanto no protocolo da instituição quanto no do MS.

6 REFERÊNCIAS

BOTENE, D. Z. A.; PEDRO, E. N. R. Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. **Rev Gaúcha Enferm.** Rio Grande do Sul, v. 35, n. 3, set. 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44306/31526>>. Acesso em: 06 out. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes**/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguran%C3%A7a+do+paciente/52efbd76-b692-4boe-8b70-6567e532a716>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fiocruz. Anexo 02: **Protocolo de identificação do paciente**. Brasília (DF) 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/Protocolo---Identifica----o-do-Paciente.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/oSEGURANCA_DO_PACIENTE/modulo6.pdf>. Acesso em 15 fev. 2018.

DIAS J. D. *et al.* Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev Min Enferm.** Belo Horizonte, v, 18, n, 4 out/dez. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 68, n. 1, fev. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2017

HEMESATH, M. P. et al. Estratégias educativas para melhorar a adesão à identificação do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v, 36, n, 4, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198372015000400043&lng=en&tlng=en> Acesso em: 16 fev. 2018.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v, 23, n, 1. jan.-fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00036.pdf> Acesso em: 15 fev. 2018.

LEMOS, C. S.; CUNHA, K. C. S. O uso da identificação de pacientes em uma unidade hospitalar. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 11, n. 1, jan. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11886/14347>>. Acesso em 15 out. 2017.

SOUZA, F. T. *et al.* Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 1, jul. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8781>>. Acesso em: 27 out. 2017.

SOUZA, S. *et al.* Identificação da criança na pediatria: percepções dos profissionais de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11529>>. Acesso em: 06 out. 2017.

TASE, T. H. *et al.* Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2018.

WEGNER, W. *et al.* Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Rev Gaúcha Enferm**. Rio Grande do Sul, v. 38, n. 1, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>>. Acesso em: 15 out. 2017.

CAPÍTULO IX

SEGURANÇA DO PACIENTE: INDICADORES DE QUALIDADE PARA A MANUTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Ana Elza Oliveira de Mendonça, Loraine Machado de Araújo, Viviane Peixoto dos Santos Pennafort, Francisco Lindomar de Souza e Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Resumo

INTRODUÇÃO: em pacientes hospitalizados a manutenção do acesso viável é um desafio para a equipe de enfermagem. **OBJETIVO:** identificar indicadores de qualidade para manutenção do acesso venoso periférico. **MÉTODO:** trata-se de um estudo descritivo, realizado no período de maio a junho de 2020 em um hospital de ensino na Região Nordeste do Brasil. Para identificar fragilidades e potencialidades na manutenção do acesso venoso, utilizou-se como ferramenta o *brainstorming*. Os critérios de qualidade definidos foram respaldados pelo manual de medidas de prevenção à infecção relacionada à assistência à saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESULTADOS:** os sete critérios de qualidade identificados foram: realizar a cobertura e a fixação do cateter com material transparente e estéril; realizar a identificação da data da punção; realizar orientações ao paciente e acompanhante quanto aos cuidados com o cateter e sinais de alerta; avaliar a permeabilidade do cateter antes de administrar medicação; lavar o cateter entre a administração de medicamentos distintos; proteger o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho; renovar a cobertura/fixação na presença de sujidade, umidade ou perda da integridade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** a identificação de critérios de qualidade utilizando o *brainstorming* permitiu o aprimoramento dos cuidados e adoção de práticas seguras durante hospitalização.

Palavras-chave: Cateterismo periférico; Segurança do paciente; Melhoria de qualidade; Cuidados de enfermagem.

Abstract

INTRODUCTION: the maintaining viable access in a hospitalized patients is a challenge for the nursing team. **OBJECTIVE:** To identify quality indicators for maintaining peripheral venous access. **METHOD:** This is a descriptive study, carried out from May to June 2020 in a teaching hospital in northeast Brazil. To identify weaknesses and potentialities in maintaining venous access, brainstorming was used as a tool. The defined quality criteria were supported by the health care infection prevention measures manual of the national health surveillance agency. **RESULTS:** The seven quality criteria identified were: Cover and fix the catheter with transparent and sterile material; Identify the date of the puncture; Provide guidance to the patient and companion regarding the care of the catheter and warning signs; Assess the permeability of the catheter before administering medication; Wash the catheter between the administration of different medications; Protect the insertion site and connections with plastic during the bath; Renew the cover / fixation in the presence of dirt, moisture or loss of integrity. **FINAL CONSIDERATIONS:** the identification of quality criteria using brainstorming allowed the improvement of care and the adoption of safe practices during hospitalization.

Keywords: Peripheral catheterization; Patient safety; Quality improvement; Nursing care.

1 INTRODUÇÃO

O Cateter Intravenoso Periférico (CIP) é um dispositivo frequentemente utilizado para a assistência dos pacientes internados, uma vez que a maioria desses requer terapia intravenosa (TIV) (INFUSION NURSES SOCIETY, 2016). Nesses, a necessidade de acesso rápido ao sistema vascular é imperiosa, especialmente para administração frequente de fármacos e para reposição de fluidos e eletrólitos (ALVES *et al.*, 2019).

Contudo, sabe-se que, por vezes, o maior desafio da equipe de enfermagem não necessariamente é a execução do procedimento de punção, mas sim a manutenção do acesso viável. Assim, torna-se relevante conhecer aspectos importantes a serem monitorados, tanto pelos profissionais quanto por pacientes e acompanhantes, com vistas a prolongar a viabilidade do acesso venoso periférico (ESTEQUI *et al.*, 2020).

O CIP, quando manuseado de forma inadequada, pode constituir um risco para a segurança do paciente, acarretando o desenvolvimento de complicações como flebite, obstrução, infiltração, lesão mecânica, remoção acidental e infecção relacionada ao uso do cateter (INFUSION NURSES SOCIETY, 2016).

Destaca-se, como agravante, que essas complicações promovem o aumento do índice de morbimortalidade nos serviços de saúde, elevam os gastos com o cuidado do paciente e aumentam o tempo de internação do mesmo (SOUZA *et al.*, 2017).

Salienta-se, entretanto, que essas complicações, muitas vezes, são passíveis de prevenção pela equipe de enfermagem, sendo utilizadas como indicadores de qualidade na assistência de enfermagem (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016). Esses indicadores possibilitam a detecção de falhas na qualidade do cuidado prestado, auxiliando na tomada de decisão em prol do gerenciamento de risco nas instituições e o investimento em ações para a prevenção de complicações relacionadas a TIV (SOUZA *et al.*, 2017).

Considerando que a equipe de enfermagem é responsável pela inserção e manutenção do CIP, é imprescindível que essa realize todos os cuidados com base nas atuais tecnologias e práticas embasadas em conhecimento técnico-científico, a fim de prevenir e/ou minimizar as iatrogenias ou eventos adversos relacionados ao uso desse dispositivo (ESTEQUI *et al.*, 2020).

Com esse entendimento, destaca-se a atuação dos profissionais que compõem a equipe de Enfermagem na prevenção de complicações em pacientes que necessitam

de TIV. Dentre os cuidados atribuídos a esses profissionais, destacam-se a prestação de cuidados na vigilância, notificação de erros e promoção da segurança e do bem-estar dos pacientes que necessitam da via intravenosa, agregando as habilidades necessárias para fornecer um cuidado de qualidade (ARAUJO *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, o presente trabalho objetivou identificar indicadores de qualidade para manutenção do acesso venoso periférico.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado no período compreendido entre os meses de maio e junho de 2020 em um hospital de ensino localizado na região Nordeste do Brasil.

Para identificar fragilidades e potencialidades na manutenção do CIP, utilizou-se uma ferramenta para possibilitar a discussão e reflexão da equipe de enfermagem quanto aos fatores que, de alguma forma, causam problemas na qualidade da assistência quanto aos cuidados com o cateter vivenciados no serviço, o *brainstorming* ou tempestade de ideias.

Essa ferramenta possibilitou a geração de ideias sobre os aspectos que poderiam influenciar na manutenção do cateter e na melhoria da qualidade dos cuidados. A partir das ideias elencadas, estimulou-se a reflexão do processo de trabalho fazendo-os reconhecerem o quanto são capazes de contribuir para transformar a realidade do ambiente de trabalho.

Participaram do *brainstorming* cinco profissionais, que foram convidados e aceitaram participar de forma voluntária, dos quais três eram enfermeiros e dois técnicos de enfermagem que atuavam em uma unidade de enfermagem de cuidados clínicos.

Para a definição de parâmetros essenciais mínimos para o estabelecimento da qualidade relacionado à manutenção do CIP presente no serviço, foram elencados critérios de qualidade. Esses podem ser definidos como requisitos que conduzirão à satisfação das necessidades e expectativas dos usuários (SATURNO; ANTÓN; SANTIAGO, 2008), tendo como determinantes os aspectos-chave validados que devem ser realizados em toda e qualquer atividade de cuidados com a manutenção do CIP, constituindo barreiras aos diversos riscos existentes nos processos assistenciais.

Os critérios de qualidade definidos para adoção no serviço foram respaldados pelo manual de medidas de prevenção à infecção relacionada à assistência à saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e evidências científicas atualizadas e pertinentes a temática.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer número 3.393.412 e certificado de apresentação para apreciação ética número 11647219.1.0000.5292.

3 RESULTADOS

A aplicação da ferramenta *brainstorming* foi de extrema relevância, uma vez que os participantes puderam reconhecer os problemas vivenciados na prática, tendo como ponto de partida as suas próprias experiências, propondo mudanças para a melhoria da qualidade no serviço.

Os sete critérios de qualidade para manutenção do CIP, identificados pelos profissionais e respaldados pela literatura, foram dispostos no quadro 1.

Quadro 1 - Critérios para avaliação do nível de qualidade do processo de manutenção de cateter intravenoso periférico.

N	Definição do critério	Esclarecimentos
(1)	Realizar a cobertura e a fixação do CIP com material transparente e estéril;	A cobertura recomendada é a membrana transparente semipermeável.
(2)	Realizar a identificação da data da punção;	O local da identificação deve ser de fácil visualização a ficar sobre uma das extremidades da cobertura do cateter. A data da punção também deve ser registrada no prontuário do paciente.
(3)	Realizar orientações ao paciente e acompanhante quanto aos cuidados com o cateter e os sinais de alerta que deverão ser notificados aos profissionais de Enfermagem;	O paciente e acompanhante devem ser estimulados a relatar aos profissionais qualquer sinal de desconforto, como dor, edema, hiperemia e parestesia.
(4)	Avaliar a permeabilidade do cateter antes de administrar medicação com seringa de 10 ml preenchida com 5 ml de soro fisiológico a 0,9% e sempre aspirar para verificar o retorno do sangue antes de infundir;	Deve-se utilizar solução de cloreto de sódio 0,9% para realizar o <i>flushing</i> e <i>lock</i> dos cateteres. Usar o volume mínimo equivalente a duas vezes o lúmen interno do cateter mais a extensão para <i>flushing</i> . Usar a técnica do <i>flushing</i> pulsátil (<i>push pause</i>), pois o fluxo turbilhonado irá auxiliar na remoção de depósitos sólidos e evitar a obstrução do CIP.
(5)	Lavar o cateter entre a administração de medicamentos distintos para prevenir incompatibilidades;	Lavar o cateter evita a interação entre medicamentos administrados concomitantemente em um mesmo acesso venoso.

(6)	Proteger o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho;	Orientar o paciente e acompanhante para solicitar materiais e ajuda para proteger o sítio de inserção e conexões com plástico antes de iniciar o banho.
(7)	Renovar a cobertura/fixação com técnica asséptica na presença de sujidade, umidade ou quando houver perda da integridade.	Diferentes fatores podem interferir na fixação ideal do CIP, por isso cada paciente deve ser avaliado individualmente para a escolha da cobertura adequada.

Fonte: Adaptado pelos autores (ARAÚJO, 2020).

Todos esses cuidados foram elencados como fatores que favorecem a manutenção do CIP, proporcionando uma melhoria do cuidado prestado e possibilitando redução das complicações relacionadas ao CIP, na qual é preconizado que não seja trocado, rotineiramente, em um período inferior a 96 horas.

3 DISCUSSÃO

A partir da identificação dos critérios de qualidade relacionados à manutenção do cateter durante a etapa do *brainstorming*, o grupo entendeu quais ações são essenciais para a eliminação do que eles consideram riscos importantes existentes no processo de trabalho no qual estão inseridos.

É interessante destacar o reconhecimento e a compreensão dos profissionais quanto à importância da mudança de comportamento e a implementação de práticas seguras envolvendo o manejo com o CIP, durante a TIV, para o desenvolvimento de um cuidado em saúde de qualidade.

O critério (1), relacionado à cobertura e a fixação do CIP com material transparente e estéril, foi selecionado pelos profissionais como cuidado essencial na manutenção do CIP. A utilização desses curativos possibilita uma melhor visualização do local de inserção do cateter, o que garante uma avaliação constante pela enfermagem e a detecção precoce de sinais e sintomas que alertam para a possibilidade de inflamação ou infecção, facilitando, também, as recomendações de troca (ESTEQUI *et al.*, 2020). Segundo a ANVISA, o curativo pode ainda ser semi-oclusivo estéril com a utilização de gaze e fita adesiva estéril (BRASIL, 2013).

Apesar de sua importância, o uso desse dispositivo ainda apresenta baixa adesão nas instituições de saúde do Brasil, mesmo sendo uma recomendação da ANVISA (RÓS *et al.*, 2017). Habitualmente, são usados esparadrapo comum e fita microporosa para manter o cateter fixado, devido à dificuldade de manutenção e

aquisição dos curativos estéreis de poliuretano transparente (SOUSA *et al.*, 2019), favorecendo a formação de biofilme e elevando o risco de infecção.

É importante destacar que o uso de gaze e fita adesiva requer a troca diária do curativo, enquanto os curativos estéreis de poliuretano transparente permitem a visualização do sítio de inserção e podem permanecer até sete dias na ausência de complicações. Esse aspecto é importante, considerando que o momento da troca de curativo, em muitas vezes, resulta na exteriorização do CIV e na perda do acesso.

O critério (2), que corresponde a identificação da data da punção, é um cuidado considerado básico, mas primordial na viabilização do controle do monitoramento do CIP, além da notificação de complicações associadas ao cateter. A identificação deve ser realizada em local de fácil visualização na cobertura do cateter e, importante também reforçar, que qualquer procedimento ou técnica que envolve o paciente deve ser registrada, igualmente, em prontuário (BRASIL, 2017).

Estudos realizados por Abdul-Hak e Barros (2014) e Reis (2016) mostraram resultados insatisfatórios quanto à identificação da data do procedimento de punção, constituindo-se em um problema potencial para o risco de complicações relacionadas ao CIP. Esses achados denotam a necessidade de medidas educativas, de forma contínua, junto a equipe de enfermagem, monitoramento dos indicadores de qualidade e atualização das práticas baseadas em evidências científicas (ALVES *et al.*, 2019).

O critério (3), acerca das orientações ao paciente e acompanhante quanto aos cuidados com o cateter e os sinais de alerta que deverão ser notificados aos profissionais de enfermagem, foi outro cuidado percebido pela equipe, que podem contribuir para a redução de complicações durante a manutenção do cateter. A atitude de esclarecimento quanto aos cuidados direcionados para o paciente e acompanhante se torna importante à medida que previne ocorrências indesejáveis, como a perda precoce do cateter, acidentes com o próprio CIP e o manuseio inadequado do sistema punção/soro pelo paciente, além da comunicação de qualquer anormalidade aos profissionais para que estes possam avaliar e agir precocemente, evitando maiores comprometimentos (ARAÚJO, 2020).

O programa da Organização Mundial da Saúde (OMS), Paciente pela Segurança do Paciente (BRASIL, 2014), reforça que haverá melhoria na segurança se os pacientes forem colocados no centro dos cuidados e incluídos como parceiros para prevenir todo mal evitável em saúde.

Entretanto, estudo desenvolvido por Torres, Andrade e Santos (2005) apontou níveis preocupantes quanto à orientação de pacientes pós-punção, relativos aos cuidados com o CIP, indicando uma mediana de 33%. Assim, se faz necessário o desenvolvimento de intervenções educativas junto aos pacientes e acompanhantes, a fim de sensibilizar, educar e promover o autocuidado como forma de participação ativa do próprio paciente em seu processo de cuidado.

A avaliação da permeabilidade do CIP, antes de administrar medicação com seringa de 10 ml preenchida com 5 ml de soro fisiológico a 0,9% e sempre aspirar para verificar o retorno do sangue antes de infundir, foi outro critério (4) priorizado pelos profissionais como cuidado na manutenção do cateter. A avaliação deve ser realizada se um curativo transparente estiver em uso para que o sítio de inserção do cateter periférico e áreas adjacentes possam ser avaliadas quanto à presença de rubor, edema e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o curativo do cateter, antes de administrar o medicamento e/ou soluções. Se o paciente estiver com curativo de gaze ou com material opaco, esses só devem ser removidos para inspeção visual se o paciente apresentar sensibilidade local (BRASIL, 2017).

Estudo que avaliou a assistência de enfermagem prestada aos usuários de CIP, mostra a relação do déficit desse cuidado à ausência do enfermeiro junto aos pacientes, devido à delegação da técnica de punção aos membros da equipe de enfermagem e a não supervisão do procedimento de manutenção do CIP (PORTO *et al.*, 2018).

O critério (5), que envolve a lavagem do cateter entre a administração de medicamentos distintos para prevenir incompatibilidades, se refere ao *flushing* pulsátil de cateteres periféricos antes da administração de cada medicamento. Segundo a ANVISA (BRASIL, 2017), deve-se utilizar frascos de dose única ou seringas preenchidas comercialmente de solução de cloreto de sódio 0,9%, compreendendo um volume mínimo equivalente a duas vezes o lúmen interno do cateter mais a extensão (3 a 5 mL).

Contudo, esse cuidado, muitas vezes, se torna negligenciado pelos profissionais, sendo utilizado mais frequentemente para a prevenção das obstruções do cateter. Estudo realizado em um hospital universitário de Portugal, no qual avaliou a incidência cumulativa de obstrução do CIP, indicou que a complexidade e o grau de dependência dos pacientes, o volume de trabalho e o número insuficiente de enfermeiros influenciou, negativamente, a realização desse cuidado (BRAGA *et al.*, 2018).

Já o critério (6), relativo à proteção do sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho, está diretamente ligado ao critério 3 (realização de orientações ao paciente e acompanhante quanto aos cuidados com o cateter) e é apontado, pela literatura, como fator de risco para a integridade das coberturas, facilitando o surgimento de umidade, sujidade e infecção (ESTEQUI *et al.*, 2020).

E, por fim, o critério (7), de renovar a cobertura/fixação com técnica asséptica na presença de sujidade, umidade ou quando houver perda da integridade, consiste em um cuidado que deve ser mantido durante todo o período em que o paciente permanecer com o mesmo CIP, sendo preconizado que haja troca imediata ante à suspeita de contaminação, umidade, se a cobertura estiver solta, suja ou com a integridade comprometida, a fim de evitar o surgimento de lesões e infecção no leito vascular (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016; RÓS, *et al.*, 2017; BRASIL, 2017).

Foi observado em uma pesquisa que avaliou a conformidade das práticas de manutenção do CIP, no âmbito hospitalar, pela equipe de enfermagem, que 18,1% das coberturas estavam inadequadas quanto a sua integridade (ESTEQUI *et al.*, 2020). Esse resultado mostra um cuidado insatisfatório na manutenção adequada do cateter, sinalizando quanto à importância das ações promovidas pelos profissionais para a melhoria da qualidade da assistência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação de critérios de qualidade, utilizando o *brainstorming*, permitiu o aprimoramento dos cuidados e adoção de práticas seguras no serviço pesquisado. A partir das reflexões oriundas da prática e do compartilhamento de informações relevantes para os cuidados de enfermagem, foram estabelecidos e respaldados pela literatura científica sete critérios de qualidade, estimulando, assim, a adoção de práticas seguras aos pacientes em uso de CIP durante hospitalização.

A partir do reconhecimento das fragilidades na qualidade da assistência relacionada à manutenção do CIP, buscou-se a consolidação do comprometimento dos profissionais com o problema de qualidade e a melhoria do serviço centrado no paciente. A reflexão sobre as práticas, tendo como referência evidências científicas, motivou os profissionais a repensar suas condutas e a buscar mudanças, visando à melhoria da qualidade da assistência ao paciente.

Destarte, a educação continuada assume um papel crucial no estímulo e desenvolvimento de mudanças de comportamento e enfrentamento das dificuldades inerentes ao processo de trabalho. Reforça-se também a importância da participação da gestão para a promoção de condições de trabalho adequadas, por meio da expansão de uma cultura de segurança do paciente e melhoria da qualidade.

REFERÊNCIAS

ABDUL-HAK, C.K; BARROS, A.F. Incidência de flebite em uma unidade de clínica médica. **Texto contexto enferm.** v. 23, n. 3, p. 633-8. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-2014000900013.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.

ALVES, D.A. *et al.* Avaliação das condutas de punção e manutenção do cateter intravenoso periférico. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.** 9, e3005. 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3005>. Acesso em: 16 mar. 2021.

ARAUJO, L.M. **Avaliação e melhoria da qualidade da prevenção de flebite em um hospital de ensino.** 2020. 108f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2020.

ARAUJO, L.M. *et al.* Acesso venoso periférico: aspectos relevantes para prevenção de infecções. In: ONE, G.M.C; AUGUSTO, J.R.A (org.). **Enfermagem a serviço da vida.** João Pessoa: IMEA, 2019. p. 219-37. Disponível em: <http://www.cinasama.com.br/upload/070220045228981521.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRAGA, L.M. *et al.* Taxa de incidência e o uso do flushing na prevenção das obstruções de cateter venoso periférico. **Texto contexto – enferm.** v. 27, n. 4, e2810017. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002810017>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4++Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%AO+As>

sist%C3%Aancia+%C3%Ao+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373. Acesso em: 12 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/5.-Seguranca-do-Paciente-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos.pdf>. Acesso em 18 fev. 2021.

ESTEQUI, J.G. *et al.* Boas práticas na manutenção do cateter intravenoso periférico. **Enferm. Foco.** v. 11, n.1, p. 10-14. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2246/699>. Acesso em: 20 fev. 2021.

INFUSION NURSES SOCIETY. Infusion nursing standards of practice. **J Infus Nurs**, v. 34, n. 1S. 2016. Disponível em: <http://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>. Acesso em: 7 de mar. 2021.

OLIVEIRA, E.C.S; OLIVEIRA, A.P.B; OLIVEIRA, R.C. Characterization of phlebitis notifications to risk management in hospital sentinel network. **Revista Baiana de Enfermagem.** v.30, n.2, p. 1-9. 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15361/pdf_42. Acesso em: 8 mar. 2021.

PORTO, A.O. *et al.* Análise da assistência de enfermagem aos usuários de acesso venoso periférico. **Rev Pre Infec e Saúde.** 4, 7329. 2018. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/7329>. Acesso em: 18 fev 2021.

REIS, M.S.T.A.M. **Saberes e práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos.** 2016. Dissertação (Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica) - Escola superior de saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal, 2016. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1861/1/Marta_Reis.pdf. Acesso em: 10 jan 2021.

RÓS, A.C.R. *et al.* Intravenous therapy in hospitalized older adults: care evaluation. **Cogitare Enferm.** v. 2, n. 22, e49989. 2017. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49989/pdf_en. Acesso em: 16 fev. 2021.

SATURNO, P.J; ANTÓN, J.J; SANTIAGO, M.C. La construcción de criterios para evaluar la calidad. Manual del Máster em gestión de la calidad em los servicios de salud. Módulo 3: **Actividades básicas para la mejora continua:** Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Unidad Temática 12. 1ª Ed. Universidad de Murcia, 2008.

SOUSA, N.D. *et al.* Enfermagem e ciência: uma reflexão sobre sua consolidação. **Rev. de Enfer da UFPE on-line**. v. 13, n. 3, p. 839-843. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238070/31591>. Acesso em: 17 mar. 2021.

SOUZA, V.S. *et al.* Indicators of quality of nursing assistance in peripheral intravenous therapy. **J Nurs UFPE on line**. Recife, v. 11, Supl. 5, p. 1989-95, mai. 2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d6fc/86d1006bc9bb5415ce4b29f91b466ce858e4.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2021.

TORRES, M.M; ANDRADE, D; SANTOS, C.B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Rev. Lat. Am. Enferm.** v. 13, n. 3, p. 299-304. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a03.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CAPÍTULO X

SEGURANÇA DO PACIENTE NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI POR COVID-19

Ana Beatriz de Melo Rodrigues, Bruno Victor Barros Cabral, Vanderlania Menezes de Oliveira, Vitória Mendes de Almeida e George Jó Bezerra Sousa

Resumo

INTRODUÇÃO: em meio a pandemia de COVID-19, os hospitais encontram-se superlotados e os profissionais de enfermagem sobrecarregados, devido a isso, ocorre uma redução na atenção e monitoramento do paciente que se encontram em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), ficando mais propensos a eventos adversos, como a lesão por pressão (LP). **OBJETIVO:** realizar um levantamento sobre medidas de segurança do paciente na prevenção de LP em pacientes internados em UTI por COVID-19. **METODOLOGIA:** revisão narrativa da literatura, consistindo em um levantamento dos conhecimentos em segurança do paciente aplicados na prevenção de lesão por pressão em pacientes que se encontram em UTI devido à COVID-19. **RESULTADOS:** a amostra, caracterizada a partir do levantamento bibliográfico, deu-se por sete (n=7) artigos, sendo que seis (n=6) são escritos em português e um (n=1) em inglês. **DISCUSSÃO:** pacientes internados em UTI apresentam um risco elevado de LP e devem ser monitorados atentando-se aos fatores causadores. **CONCLUSÃO:** medidas profiláticas são necessárias, principalmente quando há agravamento da COVID-19. Assim, é imprescindível o uso de métodos que garantam a segurança do paciente no que diz respeito à prevenção de lesões por pressão aos internados em UTI.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Lesão por Pressão, COVID-19, Unidade de Terapia Intensiva

Abstract

INTRODUCTION: During the COVID-19 pandemic, hospitals become overcrowded and professionals overburdened. Due to that, there is a reduction in the attention and monitoring of the patient who is in the ICU, being prone to adverse events such as pressure injury (PI). **OBJECTIVE:** To carry out a survey on patient safety measures in the prevention of LP in patients admitted to the ICU by COVID-19. **METHODOLOGY:** Narrative review of the literature, which is a survey of knowledge on patient safety related to the prevention of pressure injuries in patients who identify themselves in the ICU due to COVID-19. **RESULTS:** The sample characterized from the bibliographic survey was made up of seven (n = 7) articles, in which six (n = 6) articles if articles were found in Portuguese and one (n = 1) in English. **DISCUSSION:** Patients admitted to the ICU and have a high risk of LP and should be monitored for the causative factors. **CONCLUSION:** Prophylactic measures are necessary, especially when COVID-19 worsens. Thus, it is essential to use methods that guarantee the safety of the patient, not with regard to pressure prevention to inpatients in the ICU.

Keywords: Patient Safety, Pressure Ulcer, COVID-19, Intensive Care Unit.

1 INTRODUÇÃO

Ao final do ano de 2019, na cidade de Wuhan (China), tomou-se conhecimento de um novo espécime de coronavírus, o SARS-CoV-2, que provocou um surto epidêmico na localidade. Já em janeiro do ano seguinte, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da expansão do número de casos ao redor do mundo, declarou tal situação como uma emergência de saúde pública de interesse global, tornando-se uma pandemia que afetou inúmeros países e contaminou milhões de pessoas. Tal vírus é transmitido através de gotículas, por meio da fala ou espirro (BRASIL, 2020).

Esse patógeno invade as vias respiratórias, causando um quadro particular de adoecimento denominado COVID-19. Como prevenção a essa doença, alguns métodos de prevenção podem ser usados, com o intuito de barrar tal vírus, sendo eles: uso de máscaras, higiene das mãos com sabão ou álcool em gel 70%, evitando contato com os olhos e mucosas de boca e nariz, além de promover um distanciamento social a fim de evitar aglomerações que facilita a transmissão viral (RAMALHO *et al.*, 2021; SALOMÉ; PONTES, 2021).

Os sintomas da infecção por COVID-19 são variados, contudo, em sua maioria, os casos da doença são assintomáticos, ou seja, houve infecção, porém não se tornaram evidentes os sintomas característicos. Já entre as pessoas sintomáticas, há manifestações leves ou graves, salientando entre as graves a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Grande parte das pessoas infectadas possuem sintomas leves e tratam-se em casa, entretanto, a parte da população que obteve complicações ou sintomas mais sérios necessitam de hospitalização. Levando em consideração a gravidade da doença, diversos pacientes evoluíram a um quadro clínico preocupante, tornando-se necessário a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo que tal situação é crítica e propensa a ocorrência de eventos adversos, tais como as lesões por pressão (LP) (RAMALHO *et al.*, 2021).

A lesão por pressão é considerada um evento adverso à segurança do paciente, sendo definida como um dano na pele e/ou tecidos moles subjacentes sob uma proeminência óssea, possuindo relação, ou não, com o uso de dispositivos médicos. Além disso, o termo LP é considerado o mais correto, pois anteriormente esse tipo de lesão era chamado de úlcera por pressão, porém o termo lesão abrange tanto a pele

ulcerada quanto a pele lesionada. A atualização inclui também uma alteração dos estágios de sua classificação (EDSBERG *et al.*, 2016).

É de conhecimento o impacto negativo que a LP causa ao paciente, pois prolonga o seu sofrimento, além de impactar no tempo de internação. Além disso, o sistema de saúde também é prejudicado, pois tal situação gera mais custos devido à necessidade de tratamento ao qual a lesão necessita. É válido salientar que as LP são consideradas um indicador de qualidade, já que em hospitais que possuem grande incidência desse evento podem atuar profissionais despreparados para lidar com a situação, além de poder indicar superlotação ou ausência de um sistema estruturado relacionado à segurança do paciente (CAMPOI *et al.*, 2019).

No contexto da pandemia, os hospitais encontram-se superlotados e os profissionais de saúde sobrecarregados, devido a isso, ocorre uma redução na atenção e monitoramento do paciente que se encontra na UTI, favorecendo a ocorrência de incidentes relacionados a eventos adversos, entre eles a lesão por pressão. A literatura indica que grande parte das lesões são iniciadas já na primeira semana de internação, surgindo lesões superficiais que, se não cuidadas, podem evoluir, prejudicando o paciente que se encontra em UTI devido ao agravamento da COVID-19 (RAMALHO *et al.*, 2021; MORAES *et al.*, 2016).

Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de obter informações sobre as medidas de segurança do paciente que promovem a prevenção de tais lesões, com o intuito de promover melhoria da qualidade de vida do paciente, bem como na formação e aperfeiçoamento da assistência dos profissionais. Salienta-se, aqui, a atuação dos profissionais de enfermagem, que possuem papel fundamental na prevenção e promoção da integridade tecidual. Portanto, essa revisão tem como objetivo realizar um levantamento sobre medidas de segurança do paciente na prevenção de lesão por pressão em pessoas internadas em UTI por COVID-19.

2 METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura, essa que se consolida como publicações de abordagem ampla, apropriadas para discutir o desenvolvimento de determinados assuntos a partir de seus contextos e ponto de vista teórico (ROTHER, 2007). Esta revisão é um levantamento dos conhecimentos em segurança do paciente aplicados na

prevenção de lesão por pressão em pacientes que se encontram em unidades de terapia intensiva devido ao adoecimento por COVID-19.

A busca dos artigos que embasaram tal revisão ocorreu no mês de abril de 2021 e utilizou o acervo encontrado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para essa busca, utilizou-se de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), sendo esses: “Segurança do Paciente”, “Lesão por Pressão”, “COVID-19”, “Unidade de Terapia Intensiva”, além de seus correspondentes MeSH (Medical Subject Headings): “Patient Safety”, “Pressure Ulcer”, “COVID-19”, “Intensive Care Units”. Tais descritores foram associados ao uso do operador booleano “AND”, a fim de se promover melhor relacionamento entre tais eixos.

Foram incluídos na revisão artigos que possuíam disponibilidade integral e que foram escritos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2019 e 2021. Foram excluídas monografias, dissertações, teses e artigos duplicados nas bases de dados, bem como artigos que, após sua leitura, se distanciaram do proposto por esta revisão. Ao final da leitura dos textos, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, além da análise do conteúdo presente nos textos, sete (n=7) artigos estavam aptos a fomentar a discussão acerca da temática.

3 RESULTADOS

A amostra, caracterizada a partir do levantamento bibliográfico, deu-se por sete (n=7) artigos, dos quais seis (n=6) estão escritos em português e um (n=1) em inglês. Todos os anos do recorte temporal foram contemplados e salienta-se que os estudos avaliados variavam em suas metodologias e possuíam objetivos distintos entre si. Portanto, para melhor organização dos dados, os resultados foram organizados em um quadro (quadro 1), que apresenta os artigos quanto aos autores, ano de publicação, base de dados em que o artigo foi vinculado, idioma de publicação, método e objetivo do estudo.

Quadro 1 – Apresentação dos estudos selecionados quantos aos autores, ano, base de dados, idioma de publicação, método e objetivo.

Autores	Ano	Base de dados	Idioma de Publicação	Método	Objetivo
CAMPOI <i>et al.</i>	2019	LILACS	Português	Estudo quase-experimental com um único grupo.	Verificar a efetividade da intervenção educativa por meio da avaliação do conhecimento dos enfermeiros sobre prevenção de lesão por pressão.
BEZERRA <i>et al.</i>	2020	BDEFN - Enfermagem	Português	Revisão integrativa.	Identificar na literatura as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para prevenção de lesão.
RAMALHO <i>et al.</i>	2020	BDEFN - Enfermagem	Português	Estudo do tipo reflexão teórica.	Refletir sobre as recomendações específicas para prevenção de lesão por pressão em pacientes acometidos pelo novo coronavírus (COVID-19) em terapia intensiva.
IBARRA <i>et al.</i>	2020	MEDLINE	Inglês	Estudo caso-controle	Descrever a prevalência e as características das feridas de pressão de pronação e analisar os fatores de risco relacionados.
SALOME; PONTES	2021	BDEFN - Enfermagem	Português	Revisão Integrativa.	Identificar as medidas preventivas para lesões por pressão causadas pelo uso dos equipamentos de proteção individual durante a pandemia da COVID-19.
RAMALHO <i>et al.</i>	2021	BDEFN - Enfermagem	Português	Estudo observacional do tipo relato de caso.	Relatar o caso de um paciente crítico com COVID-19 e mostrar os principais achados relacionados à lesão considerada Acute skin failure (ASF), bem como realizar seu diagnóstico diferencial com lesão por pressão (LP) evitável.
ARAÚJO <i>et al.</i>	2021	LILACS	Português	Revisão de escopo.	Descrever as evidências científicas acerca da utilização da posição prona na assistência ao paciente com insuficiência respiratória aguda provocada por COVID-19.

Fonte: Autores, 2021.

Dentre as bases de dados, houve predominância da Base de dados em Enfermagem (BDEFN). Além disso, artigos da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) também colaboraram com a revisão. Já sobre temáticas visadas nos objetivos dos artigos analisados, ficou evidente a diversidade de abordagens sobre a temática, contribuindo para uma ampliação da discussão desta revisão.

4 DISCUSSÃO

A COVID-19 é uma infecção respiratória que se caracteriza por possuir um amplo espectro clínico, podendo causar desde manifestações mais leves até pneumonia viral grave com insuficiência respiratória, falência de múltiplos órgãos, proporcionando em alguns casos o óbito (ARAÚJO *et al.* 2021). Em casos leves, não há necessidade de internação hospitalar, entretanto, quando ocorrem manifestações mais severas da doença é preciso buscar atendimento e, muitas vezes, de atenção especializada em UTI.

É importante salientar que nessa situação é recomendado, para pacientes em UTI que exibem falência pulmonar devido a COVID-19, a utilização da ventilação em Posição Prona (PP). A PP consiste no fornecimento de suporte ventilatório em decúbito ventral, posição na qual o paciente permanece por 12 a 16 horas, entretanto, essa manobra pode acarretar certas complicações, como lesão por pressão nas regiões frontal e orbicular, mento, úmero, tórax, pelve e joelhos (ARAÚJO *et al.*, 2021).

O momento de internação me UTI possui risco elevado de desenvolvimento de lesão por pressão, situação essa que pode ser evidenciada pela escala de Braden, que é a escala específica para determinar o risco de um paciente desenvolver lesões em sua pele. Tal situação tem fundamentos multifatoriais, que se relacionam com o comprometimento das condições clínicas e hemodinâmicas, redução da percepção sensorial e consequente imobilidade ao leito, além de fatores intrínsecos ao tipo de adoecimento, bem como fatores externos ao indivíduo (CAMPOI *et al.*, 2019; RAMALHO *et al.*, 2020).

Devido a sua criticidade, é necessária rigorosa monitoração desses pacientes, sendo que, para tal, há necessidade de uso de dispositivos médicos, contudo esses promovem risco de lesão na pele, tendo em vista a ação das forças físicas provocadas por tais artefatos, tais como fricção e cisalhamento (SALOMÉ; PONTES, 2021). Portanto, quanto ao uso de tais dispositivos, é evidenciado na literatura algumas medidas que fomentam a prevenção de lesões, que devem ser implementadas levando em consideração o adoecimento por COVID-19.

Contudo, outros fatores além dos dispositivos médicos devem ser levados em consideração quanto referente à prevenção de tais lesões em indivíduos internados devido ao adoecimento por COVID-19, sendo assim, fatores intrínsecos a situação.

Dentre tais fatores, Ramalho *et al.* (2020) cita: coagulopatia sistêmica favorecida pela infecção por SARS-CoV-2, alterações do estado nutricional - devido ao estado de hipercatabolismo e, por conseguinte, déficit nutricional decorrente da doença - além de alterações hemodinâmicas que causa quadros de hipóxia grave. É importante destacar que a instabilidade hemodinâmica, que acarreta limitação do aporte de nutrientes e oxigênio, é importante causadora de falência aguda da pele ou Acute Skin Failure (ASF), que são danos à pele decorrentes de tais situações (RAMALHO *et al.*, 2021).

Bezerra *et al.* (2020) aponta as medidas mais básicas para a prevenção de lesão por pressão, sendo essas o uso de superfícies de apoio, estruturas especializadas, revestimentos, estofados e sistemas que redistribuam o peso do paciente. Já Ramalho *et al.* (2020) é mais preciso em suas recomendações quanto à prevenção de LP por dispositivos médicos, salientando a importância da escolha adequada dos tamanhos dos dispositivos, inspeção do local de inserção, bem como monitoramento da tensão das fixações dos dispositivos, além do uso, se possível, de uma cobertura profilática na região de contato dispositivo-pele.

Já sobre a posição prona, o estudo de Ramalho *et al.* (2020) apontou algumas medidas de prevenção de lesão por pressão para pacientes em Posição Prona, tais como a escolha adequada da superfície de suporte, supervisão rigorosa da pele antes da pronação, manutenção da higiene da pele e a realização de pequenos reposicionamentos a cada duas ou 4 horas, sendo recomendado a utilização da técnica de a reposicionamento nadador, na qual alterna-se a posição dos braços e da cabeça. Conforme Ibarra *et al* (2020), a melhor conduta para LP é a sua prevenção, logo, é fundamental a adoção das práticas preventivas citadas.

5 CONCLUSÃO

As lesões por pressão são frequentes em pacientes que estão em UTI, visto a criticidade que esses indivíduos se encontram. Tal evento adverso, durante a pandemia de COVID-19, é favorecido devido a lotação de unidades e sobrecarga profissional, sendo, desse modo, a LP um fenômeno de grande impacto à saúde de pacientes internados em UTI por COVID 19. Essa situação se correlaciona a vários fatores, sendo esses intrínsecos ou extrínsecos ao paciente. Sob esse prisma, é fundamental a atuação

da segurança do paciente na redução dessas lesões, além de um bom suporte instrumental e profissional durante a ocorrência dessas situações em Unidades de Terapia Intensiva.

Foram evidenciadas na literatura algumas medidas de prevenção, que partem de uma simples avaliação do local de pressão, bem como outras medidas que precisam de um melhor detalhamento quanto ao paciente adoecido, observando-se as necessidades do cliente e suas debilidades. Por fim, e de forma sintética, medidas profiláticas são necessárias, principalmente quando há agravamento da COVID-19, essa que necessita de suporte intensivo. Assim, é imprescindível o uso de métodos que garantam a segurança do paciente no que diz respeito à prevenção de lesões por pressão aos internados em UTI.

6 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.S. *et al.* Posição prona como ferramenta emergente na assistência ao paciente acometido por COVID-19: scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 29, p. 1-12, 2021.

BEZERRA, S.M.G. *et al.* Estratégias de enfermagem para prevenção de lesão por pressão em pacientes cirúrgicos. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther**, São Paulo, v. 18, n. 1020, p. 1-9, 2020.

BRASIL. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Ministério da Saúde. Abr. 2020.

CAMPOI, A.L.M. *et al.* Educação permanente para boas práticas na prevenção de lesão por pressão: quase-experimento. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 6, p. 1725-1731, 2019.

EDSBERG, L.E. *et al.* Sistema de estadiamento de lesões por pressão do painel consultivo de úlceras por pressão: Sistema revisado de estadiamento de lesões por pressão. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 44, n. 6 p. 585-597, 2016.

IBARRA, G. *et al.* Prone position pressure sores in the COVID-19 pandemic: The Madrid experience. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 7, n. 11, p. 1-8, 2020.

MORAES, J. T. *et al.* Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do national pressure ulcer advisory panel. **Enferm. Cento. O. Min**, Minas gerais, v. 6, n. 2, p. 2292-2306, 2016.

RAMALHO, A.O. *et al.* Reflexões sobre as recomendações para prevenção de lesões por pressão durante a pandemia de COVID-19. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther**, São Paulo, v. 18, n. 2520, p. 1-7, 2020.

RAMALHO, A.O. *et al.* Acute Skin Failure e Lesão por Pressão em paciente com COVID-19. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther**, São Paulo, v. 19, n. 521, 2021.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.20. n.2, p.5-6, 2007.

SALOMÉ, G.M; PONTES, B.C.D. Lesões por pressão durante a pandemia da COVID-19. **J Nurs UFPE on line**, v. 15, 2021.

CAPÍTULO XI

SEGURANÇA NA ANTISSEPZIA CIRÚRGICA DAS MÃOS NO CONTROLE DE INFECÇÃO CIRÚRGICA NO COTIDIANO DE UM CENTRO CIRÚRGICO

Emerson Galdino Rodrigues dos Santos, Kelvem Figuerêdo de Souza
Andressa Teixeira Santos, Gislene de Jesus Cruz Sanches e Sheylla Nayara Sales Vieira

Resumo

Introdução: no ambiente cirúrgico, a antissepsia cirúrgica tem como objetivo acabar a microbiota transitória da pele e diminuir a residente, além de promover efeito residual na pele do profissional. Assim, este estudo tem como objetivo analisar a prática da antissepsia cirúrgica das mãos no Centro Cirúrgico (CC) a partir de um estudo observacional. **Metodologia:** estudo descritivo e observacional, com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos por meio de observação da técnica de antissepsia cirúrgica das mãos e preenchidos em um checklist. **Resultados:** das 40 amostras coletadas, 20 executaram o procedimento em menos de dois minutos e nenhum executou entre três e cinco minutos. **Discussão:** a técnica se torna indevida, na prática, pelo descuido de etapas deste procedimento existindo preocupação, por parte dos profissionais de saúde, com a quantitativo deste procedimento e não a sua qualidade. **Conclusão:** acreditamos que seja necessário o fortalecimento de ações de educação permanente e continuado, maior sensibilização dos acadêmicos sobre a temática e atenção para organização do processo de trabalho.

Palavras-chave: Antissepsia cirúrgica; Higiene das mãos; Segurança do paciente.

Abstract

Introduction: In the surgical environment, surgical antiseptis aims to end the transient skin microbiota and reduce the resident, in addition to promoting a residual effect on the professional's skin. Thus, this study aims to analyze the practice of surgical hand antiseptis in the Surgical Center (CC) from an observational study. **Methodology:** Descriptive and observational study with a quantitative approach. The data were obtained through observation of the surgical hand antiseptis technique and filled in a check list. **Results:** Of the 40 samples collected, 20 performed the procedure in less than two minutes and none performed between three and five minutes. **Discussion:** The technique becomes improper, in practice, due to the carelessness of the steps of this procedure, with concern on the part of the health professionals, with the quantity of this procedure and not its quality. **Conclusion:** We believe that it is necessary to strengthen permanent and continuing education actions, greater awareness of academics on the subject and attention to the organization of the work process.

Keywords: Patient safety, Surgical antiseptis, Hand hygiene.

1 INTRODUÇÃO

Os Centros Cirúrgicos (CC) são considerados cenários de alto risco, extremamente suscetíveis a erros, onde o processo de trabalho possui práticas complexas, com dependência da atuação individual e de equipe. Nesse ambiente existem muitas intervenções invasivas e de recursos materiais com alta precisão, que requer profissionais treinados para atender diversas demandas assistências (CARVALHO *et al.*, 2016).

Dentre as complicações mais comuns em pacientes que realizam procedimentos no centro cirúrgico, estão as Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC), sendo uma infecção referente à assistência à saúde, tendo um grande índice no país, de modo que ocupa a terceira posição, compreendendo 14% a 16% das encontradas em pacientes hospitalizados (ANVISA, 2009).

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) compõem um grande problema para segurança dos pacientes, tendo o impacto de aumentar o tempo da internação deixando-as prolongadas, aumento da mortalidade, aumento de resistência microbiana aos antimicrobianos, incapacidade em longo prazo, além do financeiro adicional para o sistema de saúde, familiares e o próprio paciente (ANVISA, 2017). O que demonstra a urgência dos profissionais de saúde aprimorar às técnicas assépticas que ajudam a diminuição dessa problemática. Nessa perspectiva, respondendo as recomendações da aliança mundial para a segurança do paciente, que estabelece metas a serem adotadas pelos países participantes, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº 529/2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa contribuir para a qualificação e melhoria do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013).

Dentre as seis metas estabelecidas, tem destaque a higienização das mãos, como uma das maneiras mais eficientes e menos dispendiosas para a prevenção das infecções relacionadas à assistência (BRASIL, 2013). Mesmo com a existência de evidências de que a adequada higienização das mãos é uma das formas mais importantes para a redução da transmissão cruzada de microrganismos, a adesão às recomendações continua baixa entre os profissionais de saúde, demonstrando a necessidade de se trabalhar sobre o tema.

Entendendo a necessidade da higienização correta das mãos no ambiente do CC como um dos meios para a prevenção de ISC, e que sua execução adequada seguindo

os passos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e MS, ainda é um grande desafio para o ambiente hospitalar, este estudo tem como objetivo: observar e analisar a execução e prática da antissepsia cirúrgica das mãos em um CC, a partir de um estudo observacional.

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo e observacional, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um projeto de pesquisa maior, intitulado: “Segurança do paciente: repercussões das práticas assistenciais nos serviços de saúde”, desenvolvido pela UniFTC - Campus de Jequié-BA.

A coleta de dados foi realizada em maio de 2019, no CC de um hospital público do estado da Bahia. Essa instituição de saúde é referência para 27 municípios da região sudoeste do estado, uma população superior a 600 mil habitantes. O bloco cirúrgico da referida instituição é composto por seis salas cirúrgicas e uma sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), onde são realizadas cirurgias de urgência e emergência e eletivas, dentre elas, cirurgias ortopédicas, gerais, neurológicas e de buco-maxilo-facial.

Os sujeitos observados compõem uma amostra constituída por médicos, instrumentadores cirúrgicos e acadêmicos de medicina, que atuaram em procedimentos cirúrgicos e conseqüentemente realizaram o procedimento de higienização das mãos durante o período de coleta.

Os dados foram obtidos por observação direta da técnica de antissepsia cirúrgica das mãos e preenchido um checklist para validar o processo de observação, utilizando um questionário contendo as seguintes questões norteadoras: “1-qual profissional está executando a técnica?”, “2-a escovação feita é para a primeira cirurgia do profissional?”, “3-quanto dura o tempo da escovação?”, “4-é descartada a escova utilizada?”, “5-por onde é acionada a torneira?” e “6-são feitas as seis etapas da técnica de antissepsia cirúrgica?”. A observação foi realizada por pesquisadores deste estudo e o banco de dados foi duplamente digitado por dois pesquisadores no programa Excel, com o intuito de evitar erros e analisados com a aplicação da estatística descritiva simples.

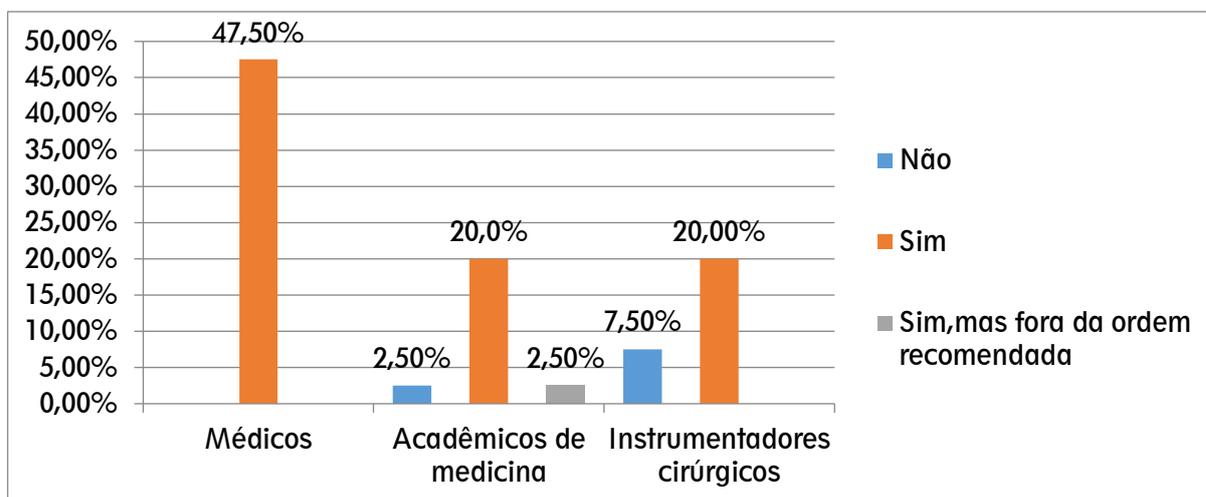
Quanto aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia (IMES) da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC), sob parecer nº 2.392.24. Descrever o tipo

de estudo, assim como população e amostra, análise dos dados, método de coleta, e suas considerações éticas pertinentes.

3 RESULTADOS

Foram observadas 40 antissepsias cirúrgicas das mãos, sendo 19 (47,50%) realizadas por médicos cirurgiões, 11 (27,50%) por instrumentadores cirúrgicos e 10 (25%) por acadêmicos de medicina. O gráfico 1 apresenta a observação relacionada ao uso correto da técnica, de modo que é possível verificar que, apesar da necessidade de se seguir corretamente os seis passos recomendados, alguns profissionais não os seguem e outros executam fora da ordem.

Gráfico 1- Respostas ao questionamento: foram realizadas as seis etapas da técnica de antissepsia cirúrgica?

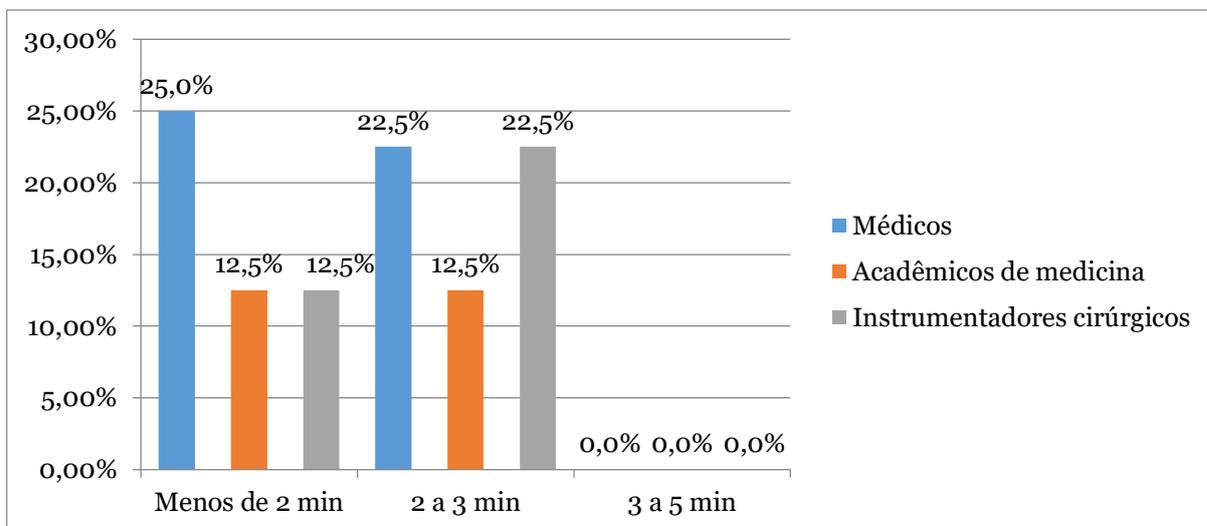


Fonte: Autoria própria, dados da pesquisa.

É possível identificar que 35 (87,5%) dos profissionais executaram a técnica seguindo as seis etapas recomendadas, sendo que 19 (47,5%) foram profissionais médicos, 8 (20%) foram acadêmicos de medicina e 8 (20%) instrumentadores cirúrgicos. Dos acadêmicos de medicina, 1 (2,5%) executou a técnica, porém fora da ordem recomendada pela OMS. Já quem não executou da forma correta foram, 1 (2,5%) acadêmico e 3 (7,5%) instrumentadores cirúrgicos. O gráfico 2 evidencia a

observação quanto à duração da realização da antissepsia cirúrgica de cada profissional.

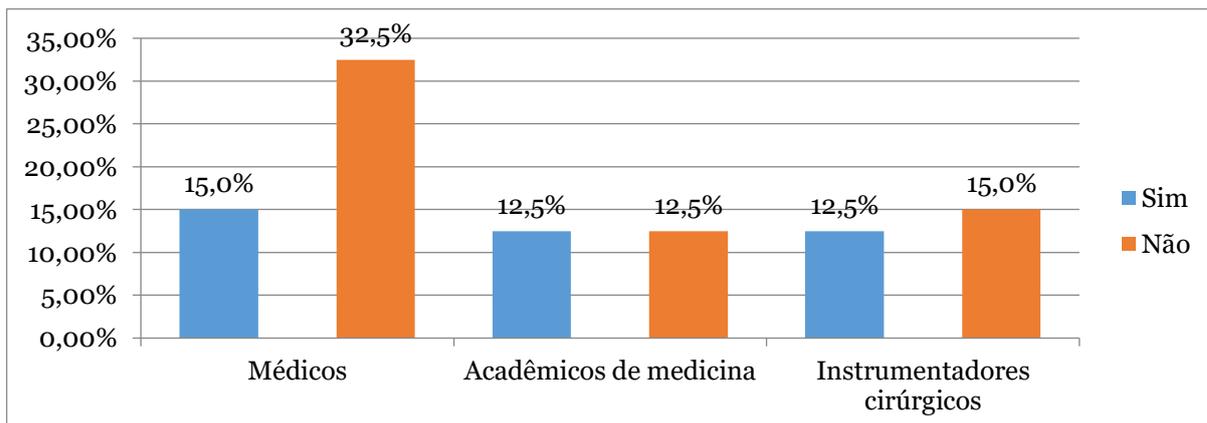
Gráfico 2- Duração da antissepsia pelos profissionais participantes da pesquisa.



Fonte: Autoria própria, dados da pesquisa.

Identifica-se que 20 (50%) da amostra coletada executaram o procedimento em menos de 2 minutos, sendo 10 (25%) médicos e 5 (12,5%) acadêmicos de medicina e instrumentadores cirúrgicos respectivamente, e os outros 20 (50%) executaram entre 2 a 3 minutos a técnica, sendo 9 (22,5%) médicos, 6 (15%) instrumentadores e 5 (12,5%) acadêmicos de medicina. Ninguém realizou a técnica entre 3 e 5 minutos. No gráfico 3 foram apontadas se a antissepsia cirúrgica realizada foi para a primeira cirurgia do profissional ou não.

Gráfico 3- Respostas referentes ao questionamento: as amostras observadas foram no primeiro procedimento do profissional?



Fonte: Autoria própria, dados da pesquisa.

Constata-se que 16 (40%) dos profissionais executaram o procedimento para a primeira cirurgia do dia. Sendo que 5 (12,5%) foram acadêmicos de medicina e instrumentadores cirúrgicos respectivamente, e 6 (15%) médicos. Os 24 (60%) das demais amostras foram executadas para cirurgias subsequentes. Tendo 13 (32,5%) sido executada por médicos, 6 (15%) Instrumentadores e 5 (12,5%) acadêmicos.

4 DISCUSSÃO

A observação direta de profissionais de saúde e acadêmicos de medicina durante a realização da antissepsia cirúrgica das mãos evidencia dados preocupantes, pois, apesar do importante avanço no que se refere à adesão ao procedimento, ainda se tem muito a avançar, principalmente no que se refere à técnica e tempo dispensado para o desenvolvimento dessa.

A higienização das mãos é uma das maneiras de se prevenir as IRAS. Ela tem a finalidade de reduzir a microbiota transitória da pele e reduzir a residente, além de provê efeito residual na pele do profissional. A HM feita de forma correta em serviços de saúde tem sido foco de atenção para a prevenção da disseminação de micro-organismos, principalmente os multirresistentes, sendo a maioria veiculados pelas mãos dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

A importância da prática foi destacada pelo MS, quando acrescentou recomendações para lavagem das mãos no anexo IV, da Portaria MS 2616/98, a qual falou sobre o programa de controle de infecções nos estabelecimentos de assistência à saúde no Brasil (BRASIL, 1998).

Segundo Nogueras *et al.* (2001), a técnica de higienização das mãos é inadequada, na prática diária, pelo esquecimento de algumas fases (passo a passo) desse procedimento, havendo preocupação, por parte dos profissionais de saúde, com a quantidade e não com a qualidade desse ato. Nesse estudo, observa-se que 10% dos profissionais observados não realizaram as seis etapas da técnica de antissepsia cirúrgica, um tanto preocupante sendo que as mãos dos profissionais de saúde são consideradas suas principais ferramentas de trabalho, pois é através delas que se executam suas atividades.

Outro fator que implica diretamente na qualidade do procedimento de higienização das mãos é o tempo. Quanto à duração da realização da antisepsia cirúrgica de cada profissional, ninguém realizou o procedimento entre três e cinco minutos, o que torna preocupante, pois é recomendado o tempo de três a cinco minutos antes da primeira cirurgia, e dois a três minutos para as subseqüentes, se realizadas dentro de uma hora após a primeira fricção (ANVISA, 2018). Sendo que 40% dos profissionais executaram o procedimento para a primeira cirurgia do dia.

Já foram identificados nas mãos dos profissionais de saúde bactérias Gram-negativas multirresistentes, causando infecções em paciente, sendo eles fonte de surtos de infecções em serviços de saúde (CASSETTARI *et al.*, 2006). Apesar das evidências de estudos mostrarem a relevância das mãos na de transmissão das infecções relacionadas à assistência e os efeitos dos procedimentos de higienização das mãos na redução das taxas de infecções, os profissionais, principalmente de centros cirúrgicos, ainda têm uma atitude passiva nessa prática. Isso se confirma nos dados dessa pesquisa, na qual se identificou que 50% da amostra coletada executaram o procedimento em menos de 2 minutos.

A adesão às recomendações da HM de maneira correta permanece baixa entre os profissionais de saúde. Mesmo sendo uma temática multiprofissional, existem fatores que dificultam a não realização da técnica de maneira adequada, como: demanda de trabalho excessivo, falta de insumos, uso de luvas ou crenças de utilizar luvas e não ser necessário lavar as mãos, discordância em relação aos protocolos, falta de conhecimento, entre outros.

É necessário pensar em uma estratégia que faça a equipe multiprofissional aumentar a adesão do procedimento correto, seja por elaboração de protocolos de HM ou intensificação das ações de educação em serviço, tanto em loco quanto coletiva, buscando sensibilizar a equipe sobre a importância da execução correta desse procedimento primário e tão essencial.

A Higienização das mãos, é uma medida barata, básica e também é mais econômica para a prevenção de infecções e este fato é reconhecido mundialmente. Afinal, a falta dela é um dos principais meios de transmissão de infecções hospitalares, e deve ser realizada antes e após qualquer procedimento empregado na assistência ao paciente.

5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados, foi constatado nesse estudo que cinquenta por cento dos profissionais participantes realizaram a antissepsia cirúrgica das mãos em um tempo menor do que o exigido. Além disso, ocorreu um significativo desvio de técnica, o que afeta diretamente a segurança do paciente. Desse modo, percebe-se a necessidade da realização de educação continuada e permanente, as quais irão atualizar, capacitar e aprimorar os profissionais que atuam na assistência direta.

Ressalta-se também a necessidade de sensibilização de estudantes da área de saúde durante o processo de formação, na direção de entender os riscos inerentes ao processo assistencial e de se responsabilizar pelo *primum non nocere*. Por fim, acreditamos que as medidas de organização do processo de trabalho, com elaboração de protocolos, campanhas de conscientização e acompanhamento dos procedimentos, também permitirá maior adesão e conseqüentemente uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, P.A. *et al.* Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2015 [cited 2016 Feb 26];23(6):1041-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf. Acesso em 10 janeiro 2020.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. SÍTIO CIRÚRGICO Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde,2009. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/criterios_nacionais_ISC.pdf Acesso em 08 de janeiro 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529**, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acessado em 09 de janeiro de 2020.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos**. Brasília; 2009^a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf Acessado em 09 de janeiro 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS nº. 2616** de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF,1,13 de maio de 1998. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html Acessado em 11 de janeiro 2020 .

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica N° 01/2018** GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações Gerais para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2018.

NOGUERAS, M. *et al.* Importance of hand germ contamination in health-care workers as possible carriers of nosocomial infections. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo**, v. 43, n. 3, p. 149-152, May/June 2001.

CASSETTARI, V. C. *et al.* Outbreak of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* in an intermediate-risk neonatal unit linked to onychomycosis in a healthcare worker. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 313-316, July-Aug. 2006.

