



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rayanne Cristina Araujo Balbino

**Avaliação Normativa da Segurança do Paciente em tempo de pandemia de Covid-19 em
uma Unidade de Terapia Intensiva de hospital público do Distrito Federal**

Brasília

2022

Rayanne Cristina Araujo Balbino

**Avaliação Normativa da Segurança do Paciente em tempo de pandemia de Covid-19 em
uma Unidade de Terapia Intensiva de hospital público do Distrito Federal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a, Ana Cláudia Figueiró.

Coorientadora: Prof.^a M.Sc., Louíse Viecili Hoffmeister.

Brasília

2022

Título do trabalho em inglês: Normative Assessment of Patient Safety during times of the Covid-19 pandemic in the intensive care unit of a public hospital in the Federal District, Brazil.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B172a Balbino, Rayanne Cristina Araujo.
Avaliação Normativa da Segurança do Paciente em tempo de pandemia de Covid-19 em uma Unidade de Terapia Intensiva de hospital público do Distrito Federal / Rayanne Cristina Araujo Balbino. -- 2022.
122 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Ana Cláudia Figueiró.
Coorientadora: Louíse Viecili Hoffmeister.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília-DF, 2022.

1. Segurança do Paciente. 2. COVID-19. 3. Unidades de Terapia Intensiva. 4. Avaliação em Saúde. 5. Qualidade da Assistência à Saúde. 6. Gestão de Riscos. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.2098174

Rayanne Cristina Araujo Balbino

Avaliação Normativa da Segurança do Paciente em tempo de pandemia de Covid-19 em uma Unidade de Terapia Intensiva de hospital público do Distrito Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 19 de janeiro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a, Gisela Maria Schebella Souto de Moura

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a, Marcela Alves de Abreu

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a M.Sc., Louíse Viecili Hoffmeister (Coorientadora)

Universidade Nova Lisboa

Prof.^a Dr.^a, Ana Cláudia Figueiró (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Brasília

2022

Dedico esta dissertação ao meu *Pai de amor*, o autor da vida, que me capacitou e até aqui me ajudou.

À minha avó *Edetina Araujo Louzeiro (in memoriam)*, que cuidou de mim e me conduziu à vida, mostrando-me sempre o caminho certo a seguir. Obrigada por seu amor!

A *mim*. Esta conquista é motivo de júbilo e orgulho diário. Durante essa caminhada acadêmica, aprendi e ressignifiquei o meu desenvolvimento para superação de obstáculos, o alívio das dores da alma e verdadeira motivação para a incessante busca do aprimoramento pessoal, ético e profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pelo discernimento, pelo amor da minha família e por todas as bênçãos pelas quais tenho sido agraciada ao longo dos anos.

À minha mãe, Luzinete Araújo Nepumoceno, pelo amor incondicional e pela educação sólida, base para forjar meu caráter e desenvolvimento de princípios éticos, fundamentais em minha vida. Companheira de todas as batalhas diárias, saiba que sem sua ajuda seria impossível a conclusão desse sonho. Essa vitória também é sua. Amo-te!

Ao meu pai, João Carlos Balbino, por acreditar em todo o tempo que eu sou capaz.

À professora Dra. Ana Claudia Figueiró, pelos valiosos ensinamentos necessários ao entendimento dos melhores caminhos a serem percorridos até a conclusão deste projeto. Obrigada por não ter largado a minha mão!

À professora Ma. Louise Viceli Hoffmeister, em primeiro lugar, pelo aceite ao convite em me co-orientar, mesmo estando imergida em seus projetos pessoais e acadêmicos em outro Continente. Pela amizade, carinho, compreensão, paciência e tempo dedicados a mim e ao meu sonho. Seu auxílio, interesse e ensinamentos foram essenciais para dirimir as névoas da incerteza, fornecendo subsídios valiosos para a conclusão desta jornada.

Aos meus grandes e queridos amigos, que a vida me presenteou: Kleiny Acosta Cristo e Paulo Marcos Silva do Nascimento. Com vocês, a vida e essa caminhada acadêmica se tornaram mais leves e alegres. Obrigada pela amizade ao longo dos anos e pela contribuição de cada um nas mais diversas formas do processo de construção desta dissertação!

Agradeço também a todos que me deram suporte tecnológico, psicológico, emocional, espiritual e intelectual nessa caminhada. Gratidão! Sem vocês essa caminhada teria sido muito mais árdua.

À SESDF (Secretaria de Saúde do Distrito Federal) e à instituição de ensino e pesquisa FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz) pela parceria que me possibilitou realizar este sonho pessoal e profissional.

Aos professores de cada disciplina do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde da ENSP/Fiocruz, pelo comprometimento com o trabalho e por contribuírem com parte do meu processo de transformação ao longo desses quase três anos. Agradeço por se dedicarem e insistirem na Saúde Pública no nosso país e por compartilharem com maestria o saber. Gratidão, professores!

Ao Dr. Lucimir Henrique Pessoa Maia, Superintendente da Região de Saúde Sul do DF, que autorizou a realização deste estudo no Hospital Regional do Gama, acreditando em

mim como pessoa e profissional, possibilitando-me trabalhar e voar dentro de um universo tão cheio de nuances.

À equipe do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, com a qual tive o privilégio de trabalhar (2016 a 2021) e partilhar sonhos, desafios e a construção de ações para a implementação das boas práticas e da segurança do paciente no Hospital Regional do Gama. Gratidão pela parceria!

À Enfermeira Intensivista Supervisora de Enfermagem: Jesana Adorno e demais funcionários do serviço pelo carinho e dedicação dispensados desde a construção do projeto de pesquisa e pela adesão ao responder o questionário metodológico que é o produto de discussão da minha dissertação. A vocês, meu eterno agradecimento e profundo respeito. E à Equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Gama, um forte abraço a todos!

Combati o bom combate, terminei a corrida, guardei a fé.

2 Timóteo 4:7

RESUMO

Objetivo: Avaliar o grau de implementação das Metas de Identificação do paciente, de Comunicação Efetiva e componentes transversais – Gestão de Risco e Capacitação profissional do Plano de Contingência para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional do Gama, relacionadas à segurança dos pacientes suspeitos e confirmados para Covid-19. Método: Estudo descritivo e transversal utilizando abordagem quantitativa e qualitativa com entrevista estruturada, roteiro de análise e observação direta. Realizado na UTI, abrangeu uma amostra de 83 profissionais – servidores vinculados à SESDF, pertencentes da equipe multiprofissional de saúde. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a setembro de 2021, por meio de aplicação de questionário e uma visita *in loco* à unidade com recurso a um roteiro semiestruturado para avaliação da unidade e da documentação. Os dados foram analisados segundo a matriz de análise e julgamento, por meio de estatística descritiva. Resultados: Os dados evidenciaram que o maior grau de implementação foi a Meta 01 – Identificação do paciente com 79,3% considerando a meta como implementada. A meta 02 – Comunicação efetiva, alcançou 71,8%, classificada como parcialmente implementada. Os componentes transversais, Capacitação profissional e Gerenciamento de risco foram classificados como parcialmente implementados, com 70,7% e 65,9% de implementação, respectivamente. O resultado do grau de implementação global deste estudo foi de 73,1%. Conclusão: Evidencia-se que há adesão à meta 01 – Identificação correta do paciente na UTI. A meta 02 – Comunicação efetiva e os componentes transversais alcançaram grau de implementação parcial. Para o alcance de melhores resultados, recomenda-se a promoção de boas práticas que fortaleçam a segurança do paciente na instituição. Investir na capacitação das equipes e na inserção do paciente e da família nos protocolos de segurança, bem como na construção de uma cultura de segurança institucional envolvendo os profissionais de todos os níveis hierárquicos configura-se como um caminho para a promoção de um ambiente mais seguro.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Covid-19. Unidade de Terapia Intensiva. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To assess the degree of implementation of the Targets for Patient Identification, Effective Communication and transversal components - Risk Management and Professional Training of the Contingency Plan for the Intensive Care Unit (ICU) of Hospital Regional do Gama, related to the safety of suspected and confirmed patients for Covid-19.

Method: Descriptive and cross-sectional study using a quantitative and qualitative approach with structured interview, analysis script and direct observation. Carried out in the ICU, it included a sample of 83 professionals – servants linked to SESDF, belonging to the multidisciplinary health team. Data collection took place between May and September 2021, through the application of a questionnaire and an on-site visit to the unit using a semi-structured script to assess the unit and its documentation. Data were analyzed according to the analysis and judgment matrix, using descriptive statistics.

Results: The data showed that Goal 1 had the highest degree of implementation - Patient identification with 79.3% considering the goal as implemented. Goal 02 – Effective Communication, reached 71.8%, classified as partially implemented. The cross-cutting components, Professional training and Risk management were classified as partially implemented, with 70.7% and 65.9% of implementation, respectively. The result of the global implementation degree of this study was 73.1%.

Conclusion: It is evident that there is adherence to goal 01 - Correct identification of the patient in the ICU. Goal 02 – Effective communication and cross-cutting components reached a partial implementation degree. To achieve better results, the promotion of good practices that strengthen patient safety in the institution is recommended. Investing in the teams training and in the inclusion of the patient and their families in safety protocols, as well as in the construction of a culture of institutional safety involving professionals from all hierarchical levels is a way to promote a safer environment.

Keywords: Patient Safety. Covid-19. Intensive Care Unit. Health Assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 -	Linha do tempo – Segurança do Paciente.....	33
Figura 2 -	Triângulo <i>Triple Aim</i>	39
Figura 3 -	IRAS: Um problema de qualidade nos serviços de saúde	46
Quadro 1 -	Dados para COVID-19 do Distrito Federal (Fev/2020 a Set/2021)	19
Quadro 2 -	Dados para COVID-19 da Região de Saúde Sul – Gama (Mar/2020 a Set/2021).....	20
Quadro 3 -	Dados para COVID-19 da Região de Saúde Sul – Santa Maria (Mar/2020 a Set/2021).....	21
Quadro 4 -	Componentes para a Qualidade em Saúde	28
Quadro 5 -	Estratégias de análise	49
Quadro 6 -	Matriz de análise e julgamento	55
Quadro 7 -	Grau de Implementação geral e por componente	62
Tabela 1 -	Perfil dos profissionais entrevistados	60
Tabela 2 -	Grau de Implementação da Meta 01 - Identificação do paciente, por componente estrutural, segundo os profissionais de saúde (A).....	63
Tabela 3 -	Grau de Implementação da Meta 01 - Identificação do paciente, por componente estrutural, segundo os dados da auditoria (B).....	64
Tabela 4 -	Grau de Implementação da Meta 02 - Comunicação Efetiva, por componente estrutural, segundo os profissionais de saúde (A).....	66
Tabela 5 -	Grau de Implementação da Meta 02 - Comunicação Efetiva, por componente estrutural, segundo os dados da auditoria (B).....	67
Tabela 6 -	Grau de implementação do Gerenciamento de risco, segundo os profissionais de saúde (A)	69
Tabela 7 -	Grau de implementação do Gerenciamento de risco segundo dados da auditoria (B).....	70
Tabela 8 -	Grau de Implementação da Capacitação profissional segundo os profissionais de saúde (A)	73
Tabela 9 -	Grau de Implementação da Capacitação profissional segundo dados da auditoria (B).....	73
Fluxograma 1 -	Modelo Lógico das Metas 01 e 02 do Plano de Contingência para enfrentamento da COVID-19 do Hospital Regional do Gama, para a segurança do paciente.	25
Gráfico 1 -	Distribuição das classificações do grau de implementação dos componentes do estudo.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCD	Centro de controle de doenças da China
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGHOSP/DAHU/SAS/MS	Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e de Urgência do Departamento de Atenção Hospitalar
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COE-COVID – 19 DF	Estrutura operacional para gerenciamento da epidemia de COVID-19
COREN	Conselhos Regionais de Enfermagem
COVID – 19	Sars- COV - 2 / Coronavírus
CSP	Conferência Sanitária Pan-Americana
DA	Direção Administrativa
DF	Distrito Federal
EA	Evento Adverso
ECRI	<i>Emergency Care Research Institute</i>
FEPECS	Fundação de Ensino e Saúde e Pesquisa em Ciência de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GDF	Governo do Distrito Federal
GENF	Gerência de Enfermagem
GI	Grau de Implementação
GRSS/DF	Gerência de Risco em Serviço de Saúde do Distrito Federal
HRG	Hospital Regional do Gama
IHI	<i>Institute For Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPES2	Informações para Prevenção de Eventos Adversos em Serviços de Saúde.
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência
IRAS	Infecção Relacionadas a Assistência a Saúde
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LPP	Lesão de Pele por Pressão

META 01	Identificação correta do paciente
META 02	Comunicação Efetiva
MS	Ministério da Saúde
NCIH	Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
NQSP	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NSP	<i>Net Promoter Score</i>
NVHEP	Núcleo de Vigilância Hospitalar Epidemiológico
OMS	Organização Mundial De Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNPCIRAS	Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecção relacionadas a assistência a saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROADI – SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento do SUS
PSP	Protocolo de segurança do paciente
RA II	Região Administrativa número dois
RDC	Resolução da Direção Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RH	Recursos humanos
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RS	Região de Saúde
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SCO	Sistema de Comando
SEI	Sistema Eletrônico de Informação
SESDF	Secretária de Estado de Saúde Do Distrito Federal
SRSSU	Superintendência da Região de Saúde Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	SITUAÇÃO PROBLEMA.....	17
2.1	CORONAVÍRUS – COVID-19.....	17
2.2	A COVID-19 NO DISTRITO FEDERAL E A RESPOSTA ESTADUAL AO PROBLEMA.....	18
2.3	COVID-19 NA REGIÃO DE SAÚDE SUL DO DF	20
3	A INTERVENÇÃO OBJETO DA AVALIAÇÃO.....	23
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
4.1	QUALIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE	27
4.2	SEGURANÇA DO PACIENTE.....	28
4.3	METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	31
4.3.1	Meta 01: Identificação do paciente	34
4.3.2	Meta 02: Comunicação efetiva entre os profissionais	37
4.4	O PACIENTE NO CENTRO DE TUDO – O <i>TRIPLE AIM</i> : ORIENTAÇÃO PARA A GESTÃO DO RISCO NAS INSTITUIÇÕES.....	38
4.5	AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE.....	40
5	PERGUNTAS AVALIATIVAS.....	43
6	JUSTIFICATIVA.....	44
7	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	45
8	OBJETIVOS.....	47
8.1	OBJETIVO GERAL.....	47
8.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
9	METODOLOGIA.....	48
9.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	48
9.2	LOCAL DO ESTUDO	50
9.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	50
9.4	COLETA DOS DADOS	51
9.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	54
9.6	ASPECTOS ÉTICOS	57
10	RESULTADOS.....	59
10.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	59
10.2	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO	60
10.2.1	Componente: Meta 01 – Identificação do Paciente	62
10.2.2	Componente: Meta 02 – Comunicação efetiva.....	66

10.2.3	Componente: Gerenciamento de Risco.....	68
10.2.4	Componente: Capacitação profissional	72
11	DISCUSSÃO.....	74
11.1	COMPONENTE: META 01 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.....	74
11.2	COMPONENTE: META 02 - COMUNICAÇÃO EFETIVA	77
11.3	COMPONENTE: GERENCIAMENTO DE RISCO	79
11.4	COMPONENTE: CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS.....	81
12	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
<u> </u>	REFERÊNCIAS.....	85
<u> </u>	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	91
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DIRETA E CONSULTA DOCUMENTAL.....	97
<u> </u>	APÊNDICE C – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO (COMPLETA).....	103
<u> </u>	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	111
<u> </u>	ANEXO A – APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL.....	114

1 INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, os serviços de saúde vêm sofrendo alterações significativas em sua estrutura e na forma de atendimento, tornando-se um assunto prioritário na área da saúde. Isso ocorre devido à influência da tecnologia, às inovações dos serviços, ao grau de exigência do usuário diante dos serviços prestados, além dos riscos e danos evitáveis que podem desencadear eventos adversos graves e até mesmo levar a óbito os envolvidos (RIGOBELLO *et al.*, 2012).

Final do século XX, as temáticas da qualidade e da segurança do paciente ainda não eram tão fortemente discutidas como são agora. Um grande marco foi a publicação do *Institute of Medicine* (IOM) de Washington, Estados Unidos, em 1999, intitulada: “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, que tornou públicos os dados sobre erros humanos nas instituições de saúde e a necessidade de evolução para um sistema de saúde mais seguro (LOTTENBERG *et al.*, 2019; VENTURA-SILVA *et al.*, 2020). Desde então, o tema tem sido cada vez mais debatido por gestores, profissionais e pesquisadores.

Para Portela *et al.* (2016), citando o IOM, a qualidade na saúde é definida como:

O grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional coerente (PORTELA *et al.*, 2016, p. 2).

Nesse mesmo contexto, para o IOM, os atributos da qualidade são: segurança, efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (BRASIL, 2014a). Para Donabedian (1990), o conceito de qualidade é abordado através de sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), a segurança do paciente pode ser definida como a redução do risco de dano desnecessário até um nível aceitável durante todo o processo de assistência do paciente. A fim de minimizar esses riscos, a OMS, em 2004, implementou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que propôs uma reflexão sobre o tema e ações de melhoria da qualidade que proporcionassem a segurança àqueles que buscam e são assistidos pelos sistemas de saúde. Para isso, foram desenvolvidas políticas públicas unindo a qualidade em saúde e a possibilidade de contribuir para o alcance do proposto na Aliança Mundial da Saúde, em que o foco é gerar ações/práticas assistenciais que proporcionem prevenção e mitigação dos eventos adversos (CALDANA *et al.*, 2015).

Em 2013, nove anos após as propostas da OMS, o Ministério da Saúde (MS) instituiu no Brasil o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013, com a finalidade de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do país. Posteriormente, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 de 25 de julho de 2013, que tem por objetivo instituir as ações para a segurança do paciente e a melhoria da qualidade em serviços de saúde (BRASIL, 2014a).

A fim de padronizar ações básicas à segurança do paciente, o MS publicou seis protocolos através das Portarias 1.377 e 2.095, também no ano de 2013, elevando a temática da qualidade e da segurança como pontos estratégicos e prioritários no país (BRASIL, 2013a, 2013b). A proposta do PNSP é estimular que por diversos recursos haja prevenção e redução dos danos e, para isso, as instituições de saúde devem implementar e apoiar as iniciativas voltadas à segurança do paciente, envolvendo os pacientes e as famílias, e ampliando o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente e à melhoria da qualidade da assistência (BRASIL, 2014a).

Segundo Siman, Cunha e Brito (2017), a incidência de pacientes que sofrem eventos adversos no Brasil é 7,6%, e destes até 66% são considerados evitáveis, corroborando com os dados de Mendes *et al.* (2009). Os problemas com segurança do paciente no país são críticos e mais frequentes nos hospitais, com isso, o reconhecimento dessa fragilidade tem estimulado que os gestores busquem alternativas para minimizar e mitigar as falhas nas instituições (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Essa situação ganhou relevância com a pandemia da Covid-19 no Brasil.

Conforme proposto pela OMS, em parceria com *Joint Commission International* (JCI) (2011), as estratégias de segurança do paciente, que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado, reduzir a ocorrência de erros e padronizar ações que mitiguem os eventos adversos foram priorizadas no Plano de Contingência de enfrentamento da COVID-19, sendo elas: Identificação correta do paciente; Comunicação efetiva entre os profissionais; Medicação segura; Cirurgia segura; Redução de infecções; Redução de quedas (SILVA; REIS, 2016).

Assim, com a confirmação do primeiro caso de COVID-19 no Distrito Federal, em 05 de março de 2020, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF) elaborou o seu Plano de Contingência para o enfrentamento da doença. Esse plano foi norteado pelas normas do Ministério da Saúde, Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e recomendações internacionais para a condução do enfrentamento do COVID-19, contemplando ainda as ações necessárias para a prestação de uma assistência segura.

Considerando os esforços para implementação das estratégias de qualificação das práticas assistenciais para mitigação de eventos adversos e redução de danos à saúde no país e no Distrito Federal, bem como o contexto da Pandemia – COVID-19, é que este estudo avaliativo define seu tema e objetivos, concentrando seu desenvolvimento nas Metas 01 – Identificação do paciente e 02 – Comunicação efetiva do plano elaborado e implementado no Hospital Regional do Gama (HRG), com foco na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital.

2 SITUAÇÃO PROBLEMA

2.1 CORONAVÍRUS – COVID-19

O agente etiológico SARS-COV-2, anteriormente chamado de 2019 – nCoV, atualmente conhecido como o Novo Coronavírus, também classificada como Covid-19, surgiu na China, no final de 2019. Há relatos de que a doença foi inicialmente marcada com o diagnóstico de pneumonia em quatro profissionais do mercado Atacadista de Frutos do Mar em Wuhan, onde se vendem aves vivas, produtos aquáticos e vários tipos de animais selvagens ao público (BRASIL, 2020a, 2020b).

Os primeiros casos do coronavírus identificados no mundo aconteceram em 29 de dezembro de 2019 e foram notificados ao Centro de Controle de Doenças da China (CCD – China) e aos epidemiologistas em 30 de dezembro de 2019, sendo o marco inicial da pandemia. Em 31 de dezembro de 2019, a China comunicou à OMS os casos, em especial uma maior concentração de casos na cidade de Wuhan. Praticamente um mês depois, a OMS, em 30 de janeiro de 2020, declarou o evento como uma Emergência de Saúde Pública, de Importância Internacional (ESPII), de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (BRASIL, 2020c, 2020d, 2022).

O RSI tem por objetivo auxiliar os países na prevenção e nas respostas a grandes riscos de saúde pública que podem culminar em prejuízos e ameaças a todas as pessoas em todo o mundo. Fazem parte do RSI cento e noventa e seis (196) países, que englobam os Estados Membros da OMS. Em 11 de março de 2020, a OMS declarou haver uma disseminação em grande escala da Pandemia causada pelo Coronavírus. No Brasil, em 20 de março de 2020, a transmissão pelo novo Coronavírus passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional (BRASIL, 2020a, 2020c).

O Covid-19 é considerado uma infecção respiratória que comumente apresenta sintomas gripais comuns, podendo evoluir para uma doença grave, principalmente para os indivíduos pertencentes às categorias de risco, idosos e crianças (BRASIL, 2020a, 2020c, 2020e).

O agente etiológico é o RNA vírus de ordem Nidovirales da família Coronaviridae. O vírus da SARS-Cov, MERS-CoV e 2019 – nCov, infecta mamíferos e é responsável pelas infecções respiratórias encontradas nesta Pandemia (BRASIL, 2020a). O tempo de incubação da infecção por coronavírus tem um prazo mínimo de 5,2 dias e máximo que pode chegar até 12,5 dias. O período de transmissibilidade dos pacientes infectados se dá em média em 7 dias

após o início dos sintomas. Entretanto, estudos registram que a transmissão pode ocorrer mesmo sem os sinais e os sintomas oriundos à infecção pelo SARS-Cov (COVID-19) (BRASIL, 2020c).

As manifestações clínicas dessa doença podem ir desde um resfriado simples a uma pneumonia severa. A OMS (2011) e estudiosos definem o COVID-19 como uma infecção de rápida propagação e com necessidade de intervenções emergenciais, pois a doença pode manifestar sintomas que exigem internação e até cuidados intensivos. Os principais sintomas são: febre, tosse, falta de ar, dor muscular, contusão, dor de cabeça, dor de garganta, rinorreia, dor no peito, diarreia, náuseas e vômito. A febre é uma manifestação presente em 83% dos casos; diarreia, náuseas e vômitos representam menos de 2% dos sintomas. Nos resultados dos exames de diagnóstico por imagem, os pacientes podem apresentar pneumonia bilateral, manchas múltiplas e opacidade em vidro fosco, e mais raramente pneumotórax e linfopenia (BRASIL, 2020a, 2022). Estudo recente refere que os principais sintomas dos indivíduos pesquisados foram: dor de cabeça, dor no corpo, tosse, anosmia/hiposmia, hipogeusia e coriza (LIMA, 2021).

No Brasil, o primeiro caso foi notificado em 25 de fevereiro de 2020, paciente proveniente da Itália e, no início de maio de 2020, o país alcançou a marca de mais de 100 mil casos de Covid-19 e 7 mil mortos pela doença (BRASIL, 2020a).

No Brasil e no Mundo, até 12 de dezembro de 2021, foram confirmados: Brasil 22.193.479 casos confirmados de COVID-19, com um acumulado diário de 1.615 casos e 617.095 mortes. No Mundo, o número de casos confirmados são de 270.155.054, com o acumulado diário 419.050 casos/dia. No tocante a número de óbitos no mundo, foram 5.205.991 mortes (DASA, 2021).

2.2 A COVID-19 NO DISTRITO FEDERAL E A RESPOSTA ESTADUAL AO PROBLEMA

No Distrito Federal (DF), a Pandemia de COVID-19 teve seu primeiro caso confirmado e registrado em 05 de março de 2020. A doença se manifestou em uma mulher de 53 anos, moradora de Brasília, que regressou de uma viagem internacional à Inglaterra e à Suíça. Em 28 de março de 2020, foi registrado o primeiro óbito no DF, um homem de 46 anos, residente na cidade há dois meses. O desfecho do primeiro caso autóctone de COVID-19 no Distrito Federal foi favorável e após 105 dias de internação a paciente teve alta por melhora (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL - GDF, 2020a, 2020b).

Para a resposta à emergência de Saúde Pública, o Governo do Distrito Federal (GDF), por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF), elaborou o plano de contingência a fim de nortear as ações que foram adotadas no âmbito estadual pelos serviços de saúde pública do DF. O documento respeitou critérios, recomendações e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, Anvisa e recomendações internacionais para a condução do enfrentamento do Covid-19.

Para a gestão da epidemia mundial e do Distrito Federal, foi ativado em 28 de fevereiro de 2020 o COE-COVID-19 DF, que é uma estrutura operacional para gerenciamento da epidemia de COVID-19. Por meio desta, o Governo do Distrito Federal publica o número de casos de COVID-19 e o comportamento da doença em Brasília. Assim, considerando o boletim de número 01, usamos como ponto inicial para a análise dos dados o dia vinte e oito (28) dos meses subsequentes a março de 2020 até o mês de setembro de 2021, quando se findou a coleta dos dados deste estudo.

Quadro 1 – Dados para COVID-19 do Distrito Federal (Fev/2020 a Set/2021)

Dia/Mês/ano	Nº Informativo	Nº de casos confirmados (Total até a data)	Nº de Óbitos (Total até a data)
28 de fevereiro de 2020	Nº 01		
28 de março de 2020	*1º casos de COVID-19: 05/03/2020 Nº 26	260	*1º óbito: 27/03/2020
28 de abril de 2020	Nº 57	1.230	28
28 de maio de 2020	Nº 87	8.300	142
28 de junho de 2020	Nº 118	44.905	548
28 de julho de 2020	Nº 148	100.726	1.391
28 de agosto de 2020	Nº 179	158.180	2.440
28 de setembro de 2020	Nº 210	190.505	3.203
28 de outubro de 2020	Nº 240	211.442	3.661
28 de novembro de 2020	Nº 271	200.046	7.490
28 de dezembro de 2020	Nº 301	218.811	7.984
28 de janeiro de 2021	Nº 332	240.429	4.127
28 de fevereiro de 2021	Nº 363	260.175	4.403
28 de março de 2021	Nº 391	298.228	5.268
28 de abril de 2021	Nº 422	330.990	7.080
28 de maio de 2021	Nº 452	354.195	7.873
28 de junho de 2021	Nº 483	377.065	8.417
28 de julho de 2021	Nº 513	394.127	8.767
28 de agosto de 2021	Nº 544	413.213	9.142
28 de setembro de 2021	Nº 575	436.444	9.531

Fonte: Informações concatenadas pela autora a partir do Boletim Informativo sobre Covid-19 no DF DIVEP/SVS (GDF, 2020c, 2021, não paginado).

Ao longo dos boletins informativos, os dados foram expondo as Regiões de Saúde quanto à incidência, à mortalidade e à letalidade. No mês de agosto de 2020, a maior incidência do Covid-19 foi identificada na Região de Saúde (RS) Central e Sul. Quanto à taxa de mortalidade no mês de setembro de 2020, as Regiões de Saúde com maiores taxas eram as RS Sul e Oeste.

No mês de outubro, as maiores incidências estão na RS central e sul e a taxa de mortalidade com o número maior de casos é na RS Sul e Oeste.

No Distrito Federal de acordo com o banco de dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) até abril de 2020, o Estado possuía 944 leitos de UTI, sendo 203 desses leitos pertencentes ao serviço de saúde pública, o que exige ações estratégicas para atender a demanda de paciente acometido pela doença, a fim de evitar o colapso do serviço de saúde (ZIMMERMANN *et al.*, 2020).

2.3 COVID-19 NA REGIÃO DE SAÚDE SUL DO DF

Na região de saúde Sul do DF, que engloba a cidade de Gama e Santa Maria, os dados para COVID-19 são:

Quadro 2 – Dados para COVID-19 da Região de Saúde Sul – Gama (Mar/2020 a Set/2021)

Dia/Mês/ano	Nº de casos (Total até a data)	Inc./100 mil hab.	Nº de óbitos (Total até a data)
28 de março de 2020	4	2,7	0
28 de abril de 2020	40	27,8	3
28 de maio de 2020	354	246,3	4
28 de junho de 2020	2.192	1.525,5	26
28 de julho de 2020	4.855	3.378,8	85
28 de agosto de 2020	7.479	5.205,0	151
28 de setembro de 2020	9.108	6.338,7	191
28 de outubro de 2020	10.081	7.015,9	216
28 de novembro de 2020	10.873	7.567,09	232
28 de dezembro de 2020	11.817	8.224,07	251
28 de janeiro de 2021	12.808	8.913,76	284
28 de fevereiro de 2021	13.726	9.552,64	299
28 de março de 2021	15.478	10.771,95	348
28 de abril de 2021	17.121	11.915,40	468
28 de maio de 2021	18.155	12.635,01	518
28 de junho de 2021	19.080	13.278,77	553
28 de julho de 2021	19.777	13.763,8	570
28 de agosto de 2021	20.695	14.402.733,7	585
28 de setembro de 2021	21.810	15.178.720,6	610

Fonte: Informações concatenadas pela autora a partir do Boletim Informativo sobre Covid-19 no DF DIVEP/SVS (GDF, 2020c, 2021, [n.p.]).

Quadro 3 – Dados para COVID-19 da Região de Saúde Sul – Santa Maria (Mar/2020 a Set/2021)

Dia/Mês/Ano	Nº de casos (Total até a data)	Inc./100 mil hab.	Nº de óbitos (Total até a data)
28 de março de 2020	1	0,8	0
28 de abril de 2020	26	20,1	2
28 de maio de 2020	253	195,7	6
28 de junho de 2020	1.533	1.185,9	19
28 de julho de 2020	3.188	2.466,1	60
28 de agosto de 2020	4.983	3.854,7	107
28 de setembro de 2020	6.368	4.926,1	159
28 de outubro de 2020	7.059	5.460,6	177
28 de novembro de 2020	7.490	5.794,03	185
28 de dezembro de 2020	7.984	6.176,11	194
28 de janeiro de 2021	8.652	6.692,92	201
28 de fevereiro de 2021	9.571	7.403,83	208
28 de março de 2021	10.583	8.186,68	241
28 de abril de 2021	11.576	8.954,83	314
28 de maio de 2021	12.187	9.427,48	352
28 de junho de 2021	12.676	9.805,76	373
28 de julho de 2021	13.140	10.164,7	404
28 de agosto de 2021	13.658	10.565.401,4	423
28 de setembro de 2021	14.262	11.032.636,9	445

Fonte: Informações concatenadas pela autora a partir do Boletim Informativo sobre Covid-19 no DF DIVEP/SVS (GDF, 2020c, 2021, [n.p.]).

Os dados demonstrados dos casos de COVID-19 no DF e, mais especificamente da região administrativa do Gama, pertencentes à Região de Saúde Sul, confirmaram que a doença é de caráter emergencial e exige ações imediatas e intervenções que possibilitaram que o serviço de saúde conseguisse ofertar assistência de qualidade e segurança aos moradores e pessoas que utilizam do serviço hospitalar.

Para elaboração do Plano de Contingência do Hospital Regional do Gama (HRG), foi criado um grupo interno de trabalho, inicialmente composto por um integrante da Direção Hospitalar, um profissional do NQSP (Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente), um do NCIH (Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar) e um do NHVEP (Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica). Nessa primeira fase, as atividades se concentram em conhecer as recomendações (normas e critérios técnicos), mediante os documentos oficiais a nível nacional e as recomendações mundiais.

Diante dessas recomendações, iniciou-se a construção da estratégia de enfrentamento, levantando as fragilidades e as oportunidades do HRG. As fragilidades mais significativas eram: quantidade de RH incompatível com a demanda necessária para o atendimento destinado ao COVID-19; carência de insumos, materiais e medicamentos dispensados pela SES-DF para

essa regional de saúde; estrutura física deficitária; ausência de protocolos, de planos terapêuticos e de rotinas estabelecidas; dificuldades de trabalho em equipe; falhas de comunicação organizacional; baixa adesão às práticas de segurança na instituição, entre outras que influenciaram diretamente na confecção da primeira versão do plano de contingência.

A UTI do HRG apresenta uma estrutura física adequada, contudo, as limitações acima citadas persistem nesta unidade, ressaltando que foi esta unidade que coordenou a assistência dos pacientes com Covid-19 gravemente enfermos. Um fator favorável para segurança do paciente é que essa UTI utiliza de estratégias bem definidas para redução de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), as quais foram implementadas com o apoio do projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI- SUS), melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil.

3 A INTERVENÇÃO OBJETO DA AVALIAÇÃO

Para atuar sobre a pandemia de COVID-19, o Brasil elaborou o Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a). Em consonância com o proposto em âmbito nacional, o DF elaborou o Plano de Contingência a ser implementado nas unidades da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (GDF, 2020).

Neste período pandêmico, a SES/DF e suas Regionais de Saúde, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, dedicaram-se a implementar o Plano em suas atividades assistenciais, a partir de 19 de março de 2020, por meio da PORTARIA nº 231. Desse modo, o HRG, localizado na Região Sul do DF, elaborou um plano de contingência local, visando adequar a unidade de saúde às recomendações, para que houvesse resposta neste nível de assistência aos planos estadual e nacional.

No trabalho de elaboração documental, foram iniciadas as capacitações para equipes multiprofissionais e terceirizados, focando nas instruções necessárias para o atendimento adequado para COVID-19. O NCIH elaborou vídeos orientadores para sensibilização e disponibilização das informações por meio de treinamentos presenciais, de apoio audiovisual e oficinas de trabalho. No desenvolver das atividades, os insumos foram sendo adequados, assim como os medicamentos. Com essa nova dinâmica, foram providenciadas também as sinalizações das áreas, a fim de manter o distanciamento social.

Numa fase mais atual, o NQSP elaborou, em parceria com a supervisão dos setores que estão prestando assistência em conjunto com o bloco respiratório, fluxogramas para uma melhor compreensão dos profissionais sobre o funcionamento de cada unidade para atender o COVID-19 a fim de dar acesso fácil às informações. Diante disso, os documentos foram também elaborados em formato de *Qr Code*, inseridos na pasta na rede de computadores do hospital e enviados via aplicativo telefônico para ampla divulgação institucional. Ampliou-se o grupo de trabalho e a implementação da metodologia SCO – Sistema de Comando em Operações, visando à padronização, à uniformidade e à sincronia no andamento das atividades institucionais, levando à criação da sala de situação do HRG.

A sala de situação do HRG é um espaço aberto na agenda da Superintendência da Região de Saúde Sul e da Direção do Hospital, para análise e avaliação diária da situação da instituição de saúde. É constituída por uma equipe multidisciplinar, e as reuniões da sala de situação do HRG se propõem a ser uma construção de conhecimento coletivo e contínuo, alinhamento dos processos de trabalho, monitoramento de casos e indicadores, além das ações de planejamento estratégico para essa regional de saúde.

Orientados pelas diretrizes supracitadas, implantou-se o Bloco Respiratório no HRG e o serviço da Unidade de Terapia Intensiva foi reestruturado para atendimento exclusivo do paciente COVID-19, regulado no sistema de saúde. Antes da pandemia, essa unidade atendia paciente de perfis clínicos e cirúrgicos de diversas patologias e procedimentos.

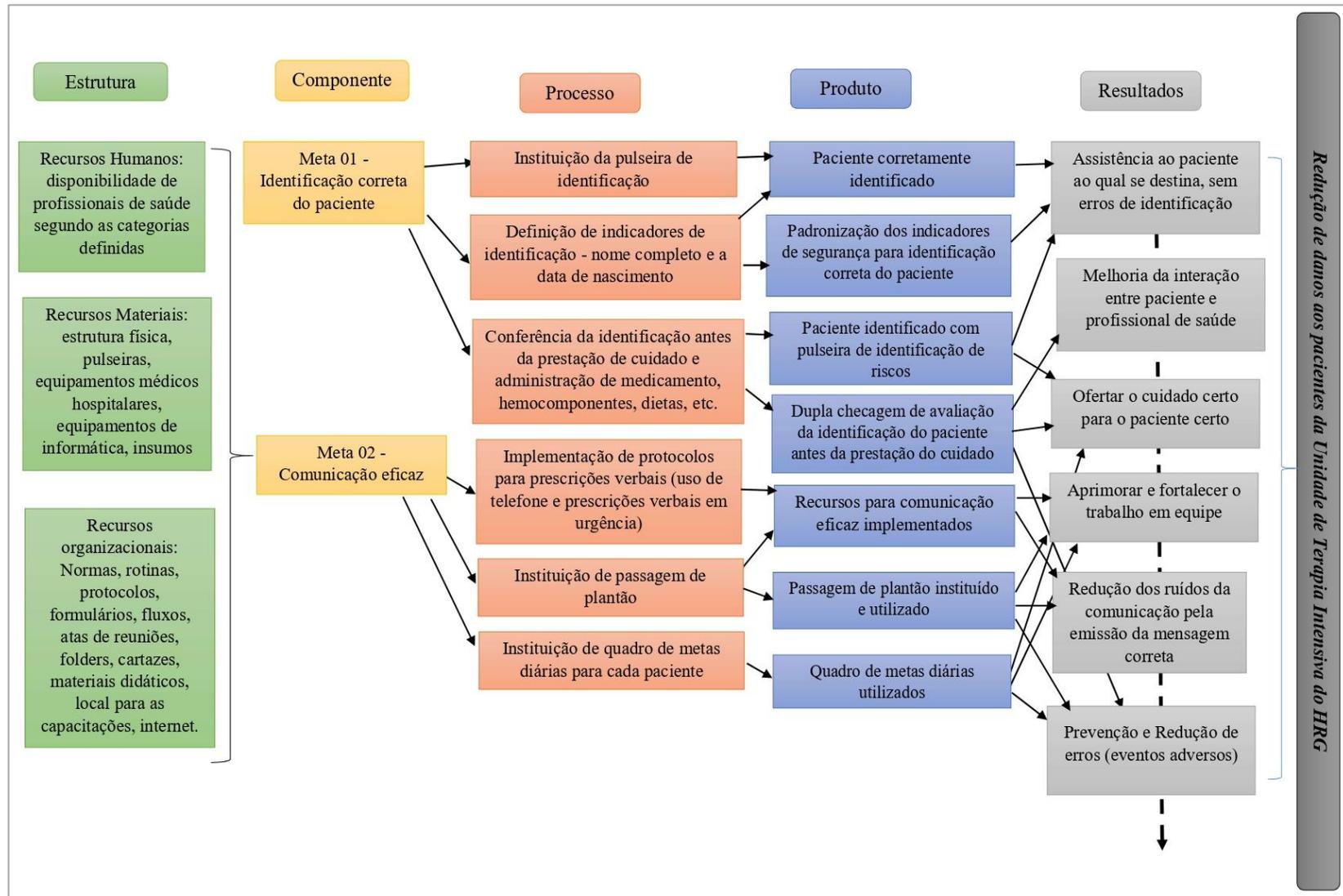
A UTI desse hospital consta com 20 (vinte) leitos preparados para atendimentos intensivos, sendo que 10 (dez) destes têm suporte para paciente dialítico. A equipe multiprofissional é composta por: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogo, terapeuta ocupacional, odontólogo e nutricionista. Além da equipe terceirizada de higienização.

A elaboração desse plano de contingência local contou com as equipes envolvidas na prestação da assistência para mapeamentos do percurso do paciente desde a entrada no serviço até a saída por motivos de alta hospitalar, transferência, óbito e evasão. Ainda, foram elaborados e implementados os fluxos de atendimento assistenciais, de oferta e de acesso aos serviços diagnósticos, de acesso aos setores de internação, centro cirúrgico, centro obstétrico, UTI, farmácia (material e medicamento), serviço de rouparia, higienização e descarte do lixo, segurança, Central de Material Esterilizado.

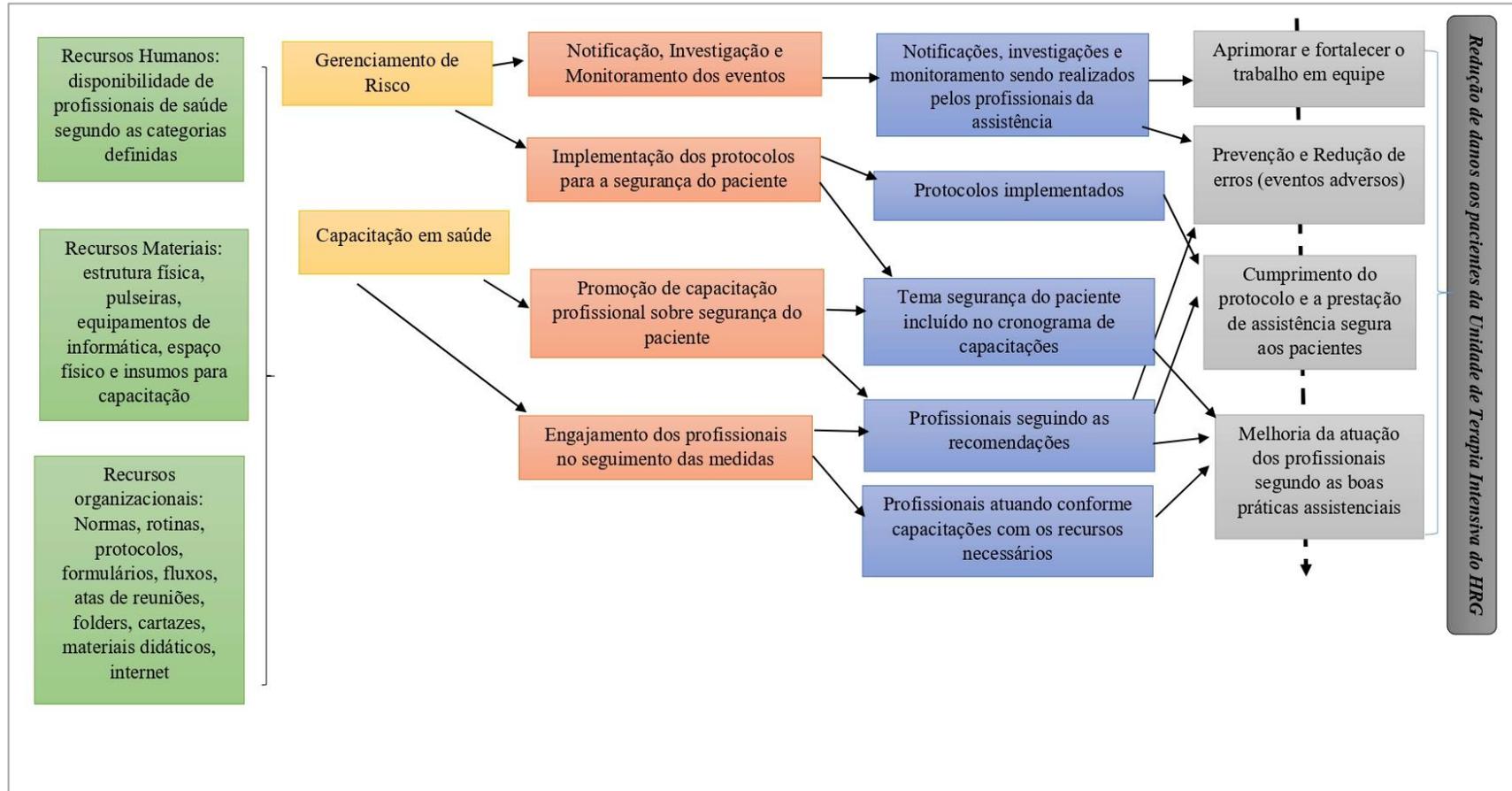
Pretende-se, assim, avaliar a implementação das ações para a segurança do paciente contempladas no Plano de Contingência para enfrentamento da COVID-19 no HRG, Região de Saúde Sul (SRSSU) do DF. Definiu-se, especificamente, a Unidade de Terapia Intensiva do hospital, local em que estão sendo assistidos os pacientes internados como casos confirmados para COVID-19 em estado grave, oriundos desta regional de saúde e de outras Regiões de Saúde, provenientes da regulação de leito da SES-DF.

Neste estudo, o foco foi referente às Metas 01 – Identificação Correta do Paciente e 02 – Comunicação Efetiva entre os Profissionais das normativas internacionais, incorporadas ao plano de contingência, conforme recomendado nas diretrizes do MS/Anvisa/Fiocruz (2013) e apresentado no modelo lógico da intervenção (Fluxograma 1). Ainda na descrição da intervenção, estão contemplados dois componentes transversais a todo o plano de contingência, que são: Gerenciamento de Risco e Capacitação em Saúde. A estratégia de pesquisa adotada foi a avaliação normativa, observando a aplicação de critérios e normas para qualidade e segurança do cuidado a esses pacientes.

Fluxograma 1 – Modelo Lógico das Metas 01 e 02 do Plano de Contingência para enfrentamento da COVID-19 do Hospital Regional do Gama, para a segurança do paciente.



Fluxograma 1 – Modelo Lógico das Metas 01 e 02 do Plano de Contingência para enfrentamento da COVID-19 do Hospital Regional do Gama, para a segurança do paciente. (continuação)



Fonte: Elaborado pela autora

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 QUALIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE

A qualidade no serviço de saúde é compreendida por atitudes organizacionais e profissionais que promovam um cuidado que preserve ações para o benefício do paciente, utilizando-se das tecnologias de saúde para obter melhores resultados na prestação da assistência, que reduzam custos e que aliem ações para a redução dos danos e agravos ao paciente. Serviços de saúde que prezam pela qualidade notificam, monitoram e promovem ações de aprendizagem contínua para melhoria da assistência (BRASIL, 2013a).

Tase e Tronchin (2015) corroboram com a descrição anterior e citam qualidade em saúde como a melhora do desenvolvimento da prestação da assistência pelas instituições e profissionais de saúde, interessados em implementar, por meio do saber, ações assertivas que reproduzam a recuperação dos pacientes e reduzam de eventos adversos.

Hernandez (1993 *apud* CAMPOS, 2005, p. 8) define qualidade em saúde como “provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário”.

Para o estabelecimento da qualidade no serviço de saúde, Donabedian concebeu uma tríade de elementos essenciais para a promoção da qualidade: estrutura, processo, resultado (DONABEDIAN, 1990). Para esse autor, a qualidade em saúde está conectada à segurança, sendo estas indissociável nas práticas de saúde. A tríade descrita por Donabedian recebeu novos atributos: Dimensão da satisfação do paciente, cuidado centrado no paciente e Segurança (SOUSA; MENDES, 2019).

Sousa e Mendes (2019) descrevem em sua publicação, os seis objetivos para melhorar a qualidade do cuidado (Quadro 4), com especial destaque para o primeiro alvo, o cuidado seguro, que visa evitar lesões nos pacientes.

Quadro 4 – Componentes para a Qualidade em Saúde

Alvos	Descrição
1. Cuidado seguro	Evitando lesões nos pacientes.
2. Cuidado eficaz	Prestar cuidados com base no conhecimento científico.
3. Assistência centrada no paciente	Fornecer cuidados respeitosos e responsivos que garantam que os valores dos pacientes orientem as decisões clínicas.
4. Cuidado oportuno	Reduzir as esperas para os destinatários pois a espera pode comprometer a segurança.
5. Cuidado eficiente	Evitando os desperdícios e prestadores de cuidado.
6. Assistência equitativa	Garantir que a qualidade do atendimento não varie devido a características como sexo, etnia, status socioeconômicos ou localização geográfica.

Fonte: Sousa e Mendes (2019)

A qualidade do cuidado em saúde está diretamente ligada à melhoria da assistência e as ações propostas precisam favorecer uma assistência segura e buscar a redução de danos na prestação do cuidado (MENDES *et al.*, 2013). Ainda, seu êxito depende do envolvimento e adesão dos profissionais responsáveis pelas ações, que serão sempre os primeiros usuários de qualquer proposta para os serviços de saúde (FRIAS *et al.*, 2010).

4.2 SEGURANÇA DO PACIENTE

Diante do estudo “Errar é Humano”, publicado em 1999 pelo IOM, publicitou-se ao mundo que o cuidado à saúde estava fragilizado ao demonstrar um número expressivo de mortes em virtude do processo de cuidar, destacando que os cuidados em saúde deveriam ser realizados com qualidade e segurança (BRASIL, 2014a; LOTTENBERG *et al.*, 2019). Após essa emblemática publicação, inúmeras iniciativas e pesquisas vêm sendo realizadas a nível mundial com foco na segurança do paciente.

A 55ª Assembleia Mundial da Saúde, que ocorreu em maio de 2002, aprovou a resolução (WHA55.18) e propôs a adoção da temática “Qualidade da atenção e segurança do paciente”, que estava em notoriedade no mundo, tendo como objetivo a expansão do tema, fortalecimento das boas práticas e monitoramento dos eventos adversos. Por meio dessa assembleia, também foi definida a implementação de pesquisas que respondessem aos motivos que levassem à ocorrência de falhas e à elaboração de sugestões que permitissem a melhoria da qualidade da atenção de saúde e da segurança do paciente para as instituições de saúde, fomentando as ações para redução e mitigação de danos ao paciente. (OMS, 2010; BRASIL, 2016a).

Posterior a isso, em 2004, ocorreu um encontro entre chefes das agências, formuladores de políticas públicas e grupos de pacientes do mundo, para discussão do tema: “Primeiro, não

façam mal” e foi nesse encontro que a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi aprovada. Essa aliança tinha por objetivo trabalhar a nível mundial os programas de segurança do paciente, pesquisas e envolvimento do paciente, além de expandir o conhecimento sobre normas e boas práticas para uma assistência segura (57ª Assembleia Mundial da Saúde) (OMS, 2010; BRASIL, 2016a).

Outro marco para a segurança do paciente foi a emissão da Resolução: “Política e Estratégia Regional para a Garantia da Qualidade de Atenção à Saúde”, que aconteceu em 2007 na 27ª Conferência Sanitária Pan–Americana. O objetivo dessa conferência foi integrar a qualidade e a segurança do paciente nas políticas públicas de saúde, delimitando as linhas estratégicas de ações que deveriam ser implementadas nos serviços de saúde, na sociedade e na pesquisa, visando o respeito às evidências para melhoria da assistência (BRASIL, 2016a).

Considerando a prevenção de agravos, determinada em âmbito internacional, o Brasil adotou as ações preconizadas pela OMS e OPAS. No país, as implementações das estratégias para a segurança do paciente aconteceram por intermédio dos desafios globais (OMS, 2010). Os desafios globais para a segurança do paciente buscam orientar e facilitar aos serviços de saúde a implementação de processos seguros para a prestação do cuidado focado na qualidade e segurança do paciente (BRASIL, 2016a).

De 2005 a 2006, o primeiro desafio global foi lançado, com a proposta de reduzir as infecções, em consonância com as metas internacionais de segurança do paciente que foram propostas por meio da *Joint Commission International* (JCI) em parceria com a OMS em 2005. A redução de infecções relacionadas à assistência (IRAS) foi defendida através das ações preventivas, como, por exemplo, a higiene das mãos, e esse desafio global recebeu o lema “Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura” (BRASIL, 2016a). Na sequência do primeiro desafio, em 2007/2008, após estudos evidenciarem um alto índice de falhas no processo de assistência cirúrgica, a proposta mundial foi enfatizar o alinhamento de processos de trabalho dando início ao lançamento do segundo desafio “Cirurgia Seguras Salvam Vidas”, que buscou promover a redução de danos e mortalidade causadas em decorrência do ato cirúrgico. Visou ainda estabelecer padrões universais de assistência (OMS, 2010; BRASIL, 2016a).

Em 2013, o Brasil por meio da publicação da Portaria 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). No sentido de regulamentar as ações de segurança do paciente, atendendo aos objetivos do PNSP, ainda em 2013, foi publicada pela Anvisa, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº. 36. A RDC nº 36 incorpora os conceitos de gestão de risco e traz a obrigatoriedade da criação do Núcleo de Segurança do Paciente

(NSP) nos serviços de saúde, além da notificação, vigilância e monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde.

Além disso, o PNSP preconizou a inserção do paciente, da família e da sociedade na promoção de uma assistência segura, a inclusão do tema segurança do paciente no contexto acadêmico por meio das pesquisas e do estudo em todos os níveis de formação profissional em saúde. Padronizou também as ações estratégicas para redução de danos através das Metas Internacionais para Segurança do Paciente.

Através da publicação da portaria de número 1.377 de 09 de julho de 2013 e da Portaria 2.095 de 24 de setembro de 2013, foram elaborados os protocolos de segurança do paciente para as metas de segurança: 01 – Identificação correta do paciente; Meta 03 – Segurança da prescrição, da administração e uso de medicamentos; 04 - Cirurgia segura; 05 - Redução das infecções; 06 - Redução das Lesões por pressão; e 06 – Redução do risco de queda, ambas as portarias visam padronizar e proporcionar uma assistência mais segura nos serviços de saúde. No âmbito das publicações nacionais, não foi aprovado pelo Ministério da Saúde um protocolo específico para a meta 02 – Comunicação efetiva entre os profissionais, por isso a ausência do mesmo nas portarias supracitadas (BRASIL, 2014a).

Em 2017, a OMS publica a implementação do terceiro desafio global, com objetivo principal a Medicação sem danos. Esse desafio foi proposto devido a danos graves e evitáveis, além do alto número de óbitos decorrentes do uso dos medicamentos, que, por consequência, ainda geram aumento das despesas globais em saúde (OMS, 2017).

Para entender a Segurança do Paciente, vale expor a definição conforme as legislações que preconizam essas ações de melhorias. A Segurança do Paciente, à luz das legislações vigentes, é a prestação da assistência de saúde, com práticas assistenciais que promovam barreiras de segurança a fim de que ocorra a redução de agravos e eventos adversos oriundos da assistência de saúde prestada nos serviços de saúde (BRASIL, 2013a, 2013c). O IOM incorporou Segurança do paciente nos atributos da qualidade descritos por Donabedian. A segurança e a qualidade andam juntas, podendo ser consideradas como indissociáveis, se o serviço de saúde se inclinar à promoção de ações de segurança, tornando o cuidado cada vez mais confiável e com menores possibilidades de erros, podemos concluir que há qualidade no serviço de saúde (BRASIL, 2013a; REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

4.3 METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Após a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a JCI apresentou as metas para a segurança do paciente, que visam melhorar a assistência através de ações que gerem a redução dos eventos adversos durante a prestação de cuidados de saúde (AGUIAR *et al.*, 2017).

SIMAN *et al.* (2019) referem que a OMS adota as seis metas de segurança do paciente para reduzir a ocorrência de erros e padronização de ações que reduzam e mitiguem os eventos adversos. Por intermédio da JCI, preconizou as seis metas internacionais para a segurança do paciente (2011), sendo elas:

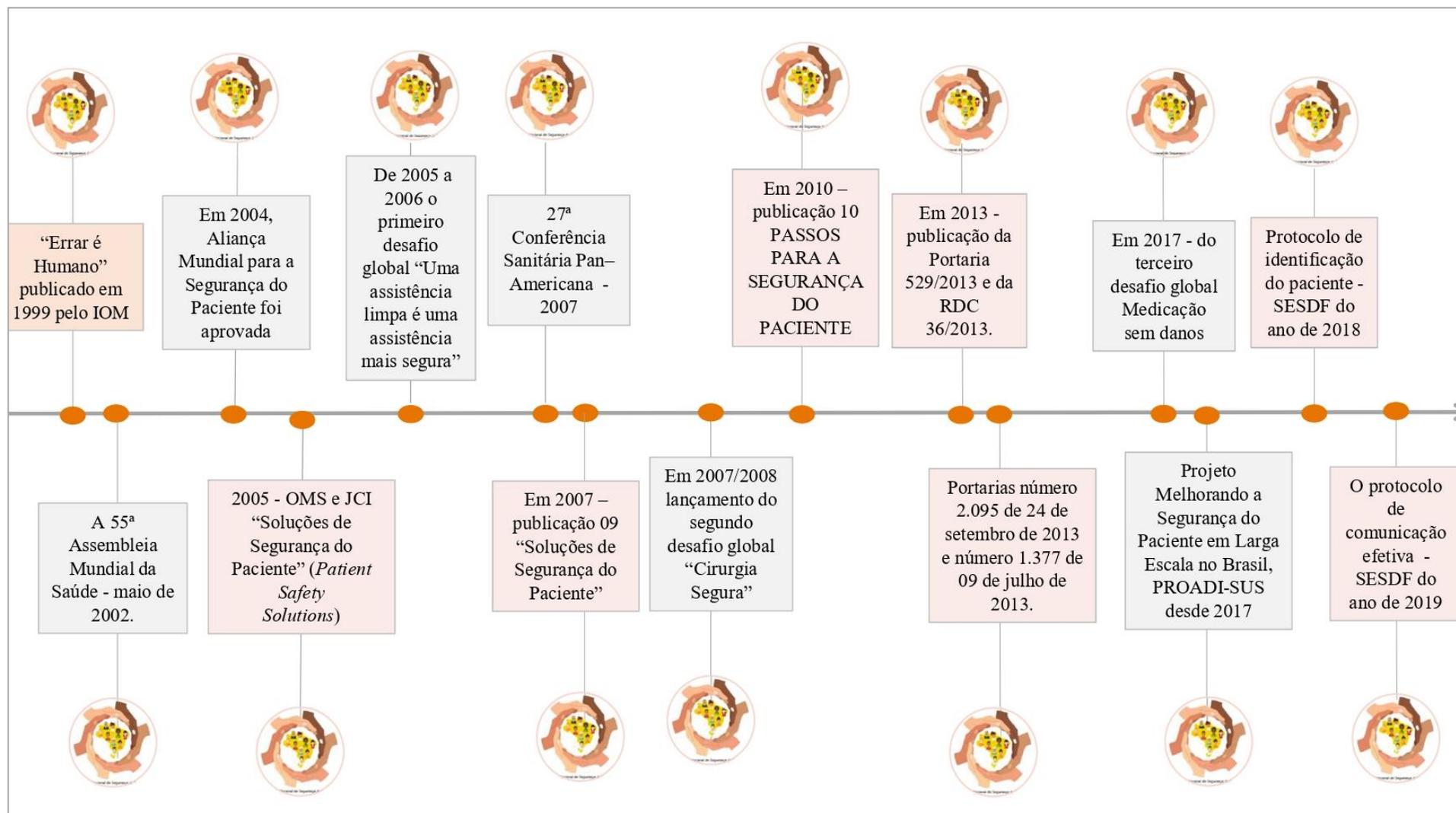
- ✓ Meta 01 - Identificação correta do paciente: visa garantir a identificação correta do paciente, com o intuito de gerar a prestação do cuidado ao paciente correto e reduzir a ocorrência de falhas;
- ✓ Meta 02 - Comunicação efetiva entre os profissionais: sinaliza os pontos críticos da comunicação, a necessidade da padronização de ferramentas, melhora da comunicação efetiva entre os profissionais, pacientes e familiares para redução de danos e uma melhor assistência de saúde;
- ✓ Meta 03 - Medicação segura: todos os pacientes devem receber suas medicações de maneira segura durante a internação. Por isso, este protocolo visa reduzir danos no uso de medicamentos e alertar quanto a alergias, medicamentos potencialmente perigosos, práticas seguras na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- ✓ Meta 04 - Cirurgia segura: tem por objetivo padronizar as barreiras de segurança por meio do uso da lista de verificação de cirurgia segura desenvolvida pela OMS e implementar ações que reduzam os danos ocasionados pela realização do procedimento cirúrgico;
- ✓ Meta 05 - Redução de infecções: desenvolvido para orientar a prevenção e a redução de infecções hospitalares;
- ✓ Meta 06 - Redução de quedas: visa prevenir, reduzir a ocorrência de quedas na instituição de saúde, implementando políticas e práticas assistenciais que avaliem o risco dos pacientes durante a internação. Que proporcionem assistência segura e promovam educação da equipe multiprofissional, paciente/família;
- ✓ Meta 06 - Redução de Lesão de pele por pressão: tem por finalidade a prevenção e a redução da ocorrência de lesões por pressão e outras lesões de pele no período de internação.

De acordo com Reis *et al.* (2017), as metas internacionais para a segurança do paciente buscam garantir uma assistência segura, com redução de falhas (erros), com objetivo de promover o aprendizado contínuo individual e coletivo através das ações preventivas e das falhas identificadas no processo assistencial, produzindo a cultura de segurança organizacional. Nisso, compreende-se que, quando o profissional se torna o protagonista do cuidado seguro dentro da instituição, preocupando-se consigo primeiro, depois com o próximo, as metas de segurança compõem trajetória para o cuidado seguro.

No Brasil, as metas de segurança do paciente foram definidas em 2013 por meio da RDC 36/2013 e das portarias número 2.095 de 24 de setembro de 2013 e número 1.377 de 09 de julho de 2013, onde foram publicados os protocolos assistenciais para os serviços de saúde, objetivando as boas práticas no país. Os protocolos foram elaborados na união de esforços de três instituições brasileiras: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Ministério da Saúde (MS). As metas definidas foram Identificação do paciente, segurança na prescrição e de uso e administração de Medicamentos; Cirurgia segura; Redução de infecções – prática de higiene das mãos; Prevenção de queda e lesão por pressão nos pacientes (LPP).

Diferente do preconizado pela JCI (1. Identificação correta do paciente, 2. Comunicação efetiva, 3. Segurança de medicamentos de alta vigilância, 4. Assegurar segurança para cirurgia, 5. Redução de infecções associadas aos cuidados em saúde e 6. Prevenção de complicações decorrentes de queda), o Brasil deu um passo adiante incluindo as ações para redução das LPP no paciente internado nos serviços de saúde considerando os agravos e o problema de saúde pública que exigem ações de resposta efetivas e imediatas para redução dos riscos, entretanto, retrocedeu ao deixar de elaborar o protocolo que padronizasse a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. Isso permitiu que cada instituição pudesse construir seus protocolos e ferramentas de trabalho para ações de redução de falhas no âmbito da comunicação. Os protocolos têm como alvo as ações de melhorias por meio da análise de processos, redesenho para estabelecimento de barreiras preventivas, ações de monitoramento dos eventos adversos e aprendizado permanente para uma assistência mais segura (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

Figura 1 – Linha do tempo – Segurança do Paciente



Fonte: Elaborado pela autora

4.3.1 Meta 01: Identificação do paciente

A identificação do paciente corresponde à ação de impor barreiras em todas as etapas de prestação do cuidado, visando garantir que o paciente receba aquilo que foi prescrito. É uma estratégia para reduzir o elevado número de falhas e eventos adversos em decorrência de inconformidades na identificação do paciente (BRASIL, 2013d).

Hoffmeister e Moura (2015) explicam que a identificação do paciente é uma etapa do cuidado importantíssima que permite a interação entre o profissional e o paciente, bem como previne a ocorrência de erros.

A relevância de estudar a identificação correta do paciente é dada pela evidência de altos índices de erros assistenciais, sendo a identificação do paciente a meta internacional de segurança focada em gerar barreira nos processos críticos que são desempenhados nas instituições de saúde (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

A identificação do paciente é uma prática segura e indispensável, e está completamente conectada a todas as práticas do cuidado, além de ser um processo complexo e que requer comprometimento dos profissionais para assegurar a qualidade e a segurança do cuidado de saúde (REBRAENSP, 2013). Para realizar a identificação do paciente, é preconizado pelo protocolo nacional e estadual para a Meta 01 a instalação de pulseira de cor branca, desde o momento da admissão na instituição de saúde e mantida em todo o tempo em que o paciente permanecer recebendo cuidados de saúde, porque podem acontecer falhas em qualquer fase do processo assistencial (BRASIL, 2013d; GDF, 2019a).

Em 2007, a OMS identificou cinco oportunidades para orientar sobre a realização da identificação correta do paciente (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019):

1. Política: enfatiza que os profissionais de saúde têm responsabilidade de verificar a identidade do paciente, enquanto os pacientes devem estar ativamente envolvidos e devem receber orientação sobre a importância da identificação correta;
2. Admissão: na admissão e antes da administração do cuidado, use pelo menos dois identificadores para certificar-se da correta identidade do paciente, nenhum deles deve ser o número do leito;
3. Identificadores: padronize as formas de identificação do paciente. Utilize pulseiras de identificação branca, com padrão e informações definidas. Desenvolver um protocolo organizacional para identificar pacientes sem identificação ou com o

mesmo nome (homônimos). Defina abordagens não verbais, como biometria para pacientes em coma;

4. Intervenção: mesmo que os pacientes estejam há muito tempo na mesma unidade e sejam familiares aos profissionais, verifique os detalhes da identificação para garantir que o paciente certo receba os cuidados corretos;
5. Paciente: envolver os pacientes no processo de identificação do paciente.

No ano seguinte, 2008, a OMS ratifica aos serviços de saúde a necessidade de garantir a manutenção das boas práticas e cuidado seguro, recomendando que (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019):

1. Haja a manutenção da pulseira de identificação da admissão à alta hospitalar;
2. Antes da prestação do cuidado, verificar as informações e cuidar para que os dados estejam corretos e legíveis;
3. A equipe assistencial deve realizar a checagem da pulseira de identificação antes da prestação do cuidado ou qualquer tipo de assistência;
4. Envolvimento e engajamento do paciente e família na segurança do paciente e no seu processo de internamento e autocuidado. O paciente consciente e esclarecido pode colaborar para redução de danos.

Na pulseira de cor branca, é obrigatório o registro de dois identificadores para os pacientes adultos, sendo nome completo do paciente e data de nascimento do paciente (excluindo o binômio mãe e bebê). A esses identificadores, podem ser acrescentados o nome completo da mãe do paciente e número do prontuário. A identificação do paciente não deve ser baseada na patologia, número do leito, enfermaria, setor ou qualquer outra identificação que não seja a referência do próprio paciente. Nos casos de pacientes que não possuem a identificação do nome completo e data de nascimento na admissão, deve ser utilizado na instituição de saúde o número do prontuário, as características físicas de maior relevância no paciente incluindo também sexo e raça (BRASIL, 2013d).

No protocolo de identificação do paciente do MS/ Anvisa/ Fiocruz do ano de 2013 e da SESDF de 2018, a identificação do paciente poderá ser executada de maneira digital ou manuscrita, preservando as informações, garantindo que estejam legíveis e acessíveis durante todo o período da prestação do cuidado hospitalar.

A confirmação da identificação deverá ser realizada antes da prestação do cuidado de saúde, respeitando sempre a oportunidade de que o paciente possa confirmar se ele é o paciente para qual o cuidado será realizado. Essa confirmação deve incluir, antes da administração de

medicamentos e de hemocomponentes, coleta e realização de exames diagnósticos (imagem e laboratorial), entrega de dieta, antes de qualquer realização de procedimentos invasivos e transferências (BRASIL, 2013d).

O impacto esperado dessa intervenção para a segurança do paciente é reduzir a ocorrência de eventos adversos. Para tanto, faz-se necessária a manutenção adequada da identificação do paciente, uso dos dispositivos para identificação segura, pulseiras de identificação conforme preconizado em protocolo. Com isso, espera-se que o paciente receba a assistência prevista sem erros de identificação. Além de identificação dos riscos (possibilidades de melhoria) desse processo, são necessárias ações educativas para garantir a correta identificação de todos os pacientes em todos os cuidados prestados (BRASIL, 2013d; GDF, 2019a).

Bopsin, Ribas e Silva (2019) afirmam que a identificação correta do paciente precisa envolver todas as pessoas e todos os momentos de contato do paciente com o serviço de saúde. As instituições precisam, em consonância com a recomendação do ECRI (*Emergency Care Research Institute*), seguir alguns protocolos:

- a) Processos de registros adequados;
- b) Revisão de processos de identificação do paciente;
- c) Alertas ou organização do trabalho para minimizar erros de identificação durante a inserção de informações nos prontuários;
- d) Tecnologias de confirmação de identificação;
- e) Construção de uma cultura local de valorização da identificação correta;
- f) Envolvimento de pacientes e familiares na segurança do paciente.

O monitoramento e a identificação correta do paciente nas unidades hospitalares se dão por meio da notificação dos eventos adversos oriundos da incorreta identificação do paciente. Os indicadores para acompanhamento sistemático dessa prática a serem mensurados são:

- 1) Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente;
- 2) Proporção de pacientes com pulseiras entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde: $\frac{\text{Número de pacientes identificados com pulseira no setor}}{\text{Número de pacientes internados no setor}} \times 100$;
- 3) Proporção de pacientes com placa de identificação no leito entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde: $\frac{\text{Número de pacientes identificados com placa no setor}}{\text{Número de pacientes internados no setor}} \times 100$ (GDF, 2019a, p. 8).

Os indicadores (dados) possibilitam medidas que descrevem a reação do serviço de saúde às ações adotadas por meio dos protocolos e respondem se os esforços alcançaram os resultados esperados. Os resultados obtidos possibilitam conhecer as oportunidades de

melhoria, aprendizagem contínua, reestruturação/redesenho de processos, etc., para alcance das metas e dos resultados esperados (LANGLEY *et al.*, 2011).

4.3.2 Meta 02: Comunicação efetiva entre os profissionais

A comunicação é desenvolvida pelo ser ao longo da vida, por meio da fala, registro escrito, desenho, sinais, sons, entre outros. A comunicação efetiva nas instituições de saúde é considerada como um desafio, pois é um processo que dependente totalmente das pessoas e que nem sempre recebe a atenção e a importância necessária para o tema (GDF, 2019b).

Para Bopsin, Ribas e Silva, a comunicação é definida como:

O processo mediante o qual se pode transmitir informação entre um emissor e um receptor. A comunicação supõe a interação ou relação entre duas ou mais pessoas que assumem essas funções de emissor e receptor, de forma recíproca ou ao mesmo tempo (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019, p.125).

REBRAENSP (2013) afirma que, na instituição de saúde, a comunicação atravessa todas as etapas do cuidado. As instituições de alta performance e complexidade exigem o estabelecimento de processos de comunicação seguros que permeiem todas as unidades e alcancem todos os profissionais.

Por meio das falhas de comunicação, muitos eventos adversos acontecem, sendo considerado por um estudo de Harvard como fator crítico dos casos de eventos adversos. Para a JCI, em 2012, as falhas de comunicação representam 70% dos fatores de causa-raiz dos eventos sentinelas; ainda na prestação da assistência à saúde a OMS considera que estes erros são uma das principais causas de danos não intencionais (GDF, 2019b; BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

Pesquisas referem que a comunicação ineficaz ocorre quando o profissional de saúde não está comprometido em realizar uma comunicação eficaz, e isso se configura como um comportamento destrutivo e que impacta diretamente na assistência prestada ao paciente. Para *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) 2014, a comunicação efetiva é uma característica de sucesso e atendimento de qualidade, fortalecendo a relação entre os profissionais e o paciente.

Existe ainda, nas instituições de saúde, uma cultura de silêncio e medo, que limita os profissionais de compartilhar suas ponderações e propostas para a prestação da assistência, o que aumenta as possibilidades de falhas e eventos adversos na prestação do cuidado (MOREIRA *et al.*, 2019).

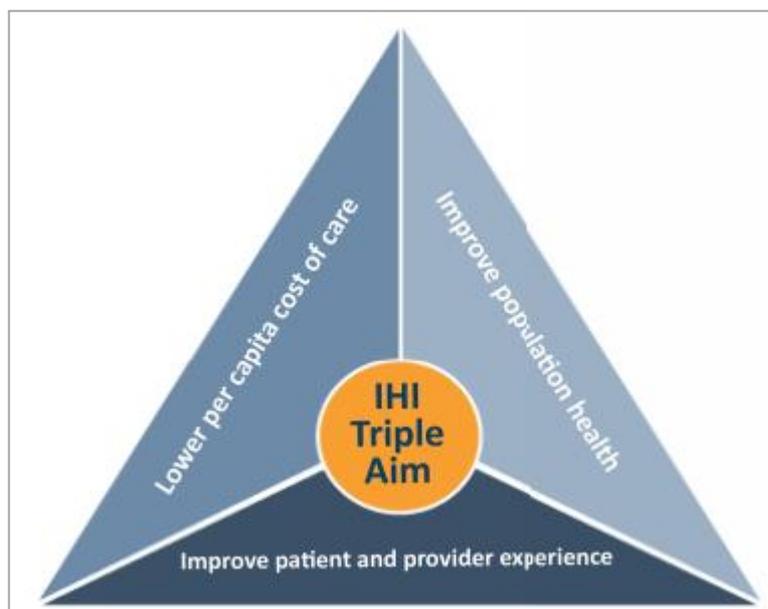
Nogueira e Rodrigues (2015) registraram que os profissionais da saúde apresentam dificuldades para o estabelecimento e a manutenção de uma comunicação efetiva, que desfavorece a qualidade na prestação do serviço de saúde e a segurança do paciente. Consideram que as instituições de saúde precisam desenvolver e aprender habilidades de comunicação. Essas orientações contribuem para a melhoria e o desenvolvimento do processo de cuidar.

O protocolo de comunicação efetiva deve ser estabelecido em toda a instituição de saúde e fortemente trabalhado na área assistencial, reconhecendo que a comunicação assertiva entre os profissionais permite o enfrentamento das dificuldades encontradas na instituição e culminam numa assistência segura (GDF, 2019b).

O objetivo esperado para essa meta de segurança do paciente é o desenvolvimento colaborativo nas informações, prescrições e condutas, que possibilitem a redução de falhas e proporcionem a comunicação correta, e a retroalimentação eficaz de todo o conteúdo falado (GDF, 2019b). O indicador preconizado para o monitoramento desse protocolo deve ser extraído do número de eventos adversos relacionados à falha no processo de comunicação sobre o número total de eventos adversos (GDF, 2019b).

4.4 O PACIENTE NO CENTRO DE TUDO – O *TRIPLE AIM*: ORIENTAÇÃO PARA A GESTÃO DO RISCO NAS INSTITUIÇÕES

O conceito *Triple Aim* na saúde é um termo em inglês, que se refere a três metas que buscam enfatizar a performance dos sistemas de saúde. A questão-chave dessa estratégia é: a saúde da população, o custo e o tratamento. O *Triple Aim* é uma estratégia recomendada pelo *Institute of Healthcare Improvement* (IHI) com o objetivo principal de nortear as instituições a buscarem equilíbrio (BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008).

Figura 2 – Triângulo *Triple Aim*

Fonte: IHI (2021, [n.p.])

Nessa estratégia, o paciente é o centro da instituição, ele é o protagonista principal da instituição de saúde, isso quer dizer que todo o sistema é desenhado para prestar uma assistência adequada e que gere uma melhor experiência ao mesmo. Quando a satisfação do cliente é o alvo da instituição, os resultados de custo e demais interesses da instituição são diretamente influenciados (BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008; BISOGNANO; KENNEY, 2015).

Prestar uma assistência segura, efetiva e confortável para todos, além de ajudar as organizações a melhorarem a experiência dos pacientes, são as metas do *Triple Aim* (BISOGNANO; KENNEY, 2015).

Os melhores resultados de segurança do paciente acontecem com desenvolvimento da cultura de segurança (PAESE; SASSO, 2013). Corroborando com essa informação, Bopsin, Ribas e Silva (2019) citam que o ambiente com a cultura de segurança presente é um ambiente comprometido com todos os assistidos na instituição. É, ainda, uma instituição cuja gestão promove ações e condições para a responsabilidade de cada um e de todos para segurança do paciente. Outro ponto a se destacar é que um ambiente não punitivo não pode ser considerado como permissivo, em outras palavras, é necessário que dentro dessa construção de cultura de segurança a instituição estabeleça política de consequências com o compromisso ético e moral (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019). Assim, a promoção da cultura de segurança envolve especialmente as lideranças, mas também todos os que fazem parte da instituição de saúde,

pois, quando todos se sentem parte, é possível trabalhar em prol da assistência segura (SIMAN *et al.*, 2019).

Diante do Covid-19, as instituições de saúde que não trabalham com cuidado centrado no paciente limitam as possibilidades de acesso a um cuidado de qualidade seguro, uma vez que, para garantir a segurança do paciente, é necessário olhar caso a caso e verificar as possibilidades para recuperar a saúde e permitir o acesso aos recursos necessários para tratá-lo dessa doença.

O cuidado centrado no paciente permite não só aproximar o serviço às necessidades do paciente, que está cada dia mais exigente e ciente de seus direitos, mas também encontrar meios para reduzir os riscos, sendo o paciente e a família um dos elementos de barreira e de participação ativa para a construção de um cuidado seguro. Para isso, o gerenciamento de risco, com notificação e acompanhamento dos eventos adversos, e a capacitação permanente dos profissionais para lidar com uma situação nova e potencialmente geradora de eventos desconhecidos, foram considerados como ações transversais para implementar uma estratégia de segurança do paciente.

4.5 AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE

Por avaliação, compreende-se a apreciação do mérito e valor de uma intervenção, ou qualquer de seus componentes, por meio de metodologias que viabilizem a construção de informações a partir de fontes de dados individuais, coletivas e técnico-científica. Espera-se com a avaliação inferir sobre a pertinência, a ação executada, os resultados alcançados, intencionais ou não intencionais, e a construção de pensamento que autorize o julgamento da intervenção, a tomada de decisão e estratégias de melhoria (FRIAS *et al.*, 2010; HARTZ, 1997; WORTHEN *et al.*, 2004).

A avaliação de uma intervenção pretende corroborar, por meio de seu resultado, com a possibilidade de redesenho da estratégia e recomendações necessárias para o alcance de mudanças que promovam a qualidade para o serviço avaliado (SIQUEIRA-FILHA, VANDERLEI, MENDES, 2011).

É necessário superar as barreiras que distanciam a academia do serviço, e a pesquisa da gestão, o que contribuirá no desenvolvimento de uma cultura organizacional que torne a avaliação essencial para o planejamento e gestão (SOUZA; SCATENA, 2009). A pesquisa avaliativa busca compreender a intervenção, considerando diferentes tipos de análise (CHAMPAGNE *et al.*, 2011): estratégica; lógica; de produtividade; de rendimento; dos efeitos; da implantação.

Esses tipos de estudos avaliativos permitem inúmeras oportunidades de observação e análise da intervenção desde a sua construção. Permite ao avaliador e aos gestores o conhecimento sobre a pertinência da proposta inicial (estratégia); a coerência e lógica; os aspectos de custos e produtividade; os efeitos alcançados; a implementação segundo o contexto; o desempenho e a evolução da intervenção. Ainda, a influência desta sobre o serviço, não invalidando nenhuma etapa da avaliação (FRIAS *et al.*, 2010).

A pesquisa avaliativa deve ser realizada com o rigor e o procedimento da pesquisa científica, podendo ser realizada a partir da análise da intervenção ou como uma avaliação normativa (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Esta, por sua vez, analisa os componentes de estrutura, processo e resultados da intervenção segundo a conformidade dos critérios, normas e padrões estabelecidos (FRIAS *et al.*, 2010). Assim, verifica-se o que se esperava realizar e alcançar, e o que pode ser ajustado na intervenção (SOUZA; SCATENA, 2009).

Champagne *et al.* (2011) consideram que a avaliação normativa está diretamente relacionada com os gestores da intervenção e a administração do processo dentro do serviço. Para esses autores, a avaliação normativa inclina a avaliação para conhecer se o que fora proposto pela intervenção coincide com o observado. A avaliação normativa requer que se estabeleçam os seguintes entendimentos sobre a intervenção e o plano de avaliação:

1. A definição e a descrição da intervenção que será estudada;
2. Os critérios, as normas e os padrões a serem utilizados para avaliar os componentes de estrutura, processo e resultado;
3. A base técnica-científica para estabelecer as dimensões, os indicadores e os parâmetros que serão utilizados para o desenvolvimento da avaliação.

Essas respostas trarão mais consistência ao objeto avaliado e ao avaliador, descrevendo de maneira organizada o ambiente: agentes (os atores), os processos, estrutura, resultados e um objetivo (o estado futuro para o qual o processo de ação é orientado), adquiridos nesta intervenção, baseando todo o estudo nos critérios e normas, como é proposto para esta metodologia (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Siqueira-Filha, Vanderlei e Mendes (2011) fomentam o descrito anteriormente e recomendam que, para uma avaliação por método da avaliação normativa, a elaboração de ferramentas avaliativas estruturadas junto à matriz de julgamento deve conduzir a avaliação e a pontuação de relevância a cada critério a ser avaliado. Champagne *et al.* (2011) referem ainda que, em uma avaliação normativa, podem-se responder perguntas quanto a: Fidelidade ou Conformidade, Cobertura, Qualidade, Efeitos e Custos.

Assim, no cenário da atual pandemia e das ações de segurança do paciente implementadas no HRG, especialmente na UTI, espera-se que a presente avaliação normativa permita explicitar em que medida as metas selecionadas para o estudo, bem como os elementos transversais para segurança do paciente, foram realizadas conforme sua programação, podendo contribuir para uma assistência livre de danos.

5 PERGUNTAS AVALIATIVAS

Com o propósito de realizar um estudo de avaliação normativa, consideraram-se as seguintes perguntas, principal e secundárias:

Qual o Grau de Implantação das Metas 01 e 02 e componentes transversais do Plano de Contingência do Hospital Regional do Gama para assistência aos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, conforme o preconizado pelas normas técnicas e protocolos para garantia da segurança do paciente?

- a. Os recursos estão disponíveis em quantidade e qualidade para realização das ações e alcance dos resultados esperados?
- b. As ações e serviços estão adequados conforme as recomendações das notas técnicas para que se obtenha os resultados?
- c. Os resultados obtidos correspondem aos almejados?

6 JUSTIFICATIVA

Considerando a relevância do tema, pandemia do COVID-19 nos dias de hoje, e o tema segurança do paciente, este estudo pretende analisar se os cuidados ofertados aos pacientes com suspeita ou confirmados para COVID-19 são de qualidade e seguros.

O HRG passou pelo processo de implementação das notas técnicas para o atendimento do paciente suspeito e/ou confirmado para COVID-19 e, conseqüentemente, das ações de segurança do paciente na assistência dos pacientes neste contexto de pandemia.

Evidenciamos ainda, durante a pesquisa bibliográfica, a existência de um estudo que refere que as instituições que não adotam as boas práticas para a segurança do paciente aumentam os riscos e os perigos para a ocorrência das falhas geradas pelo processo assistencial. Ademais, no Brasil, ainda há uma baixa produção científica e analítica sobre a implementação das metas de segurança e as ferramentas (ações) adotadas para prevenção e mitigação de eventos adversos.

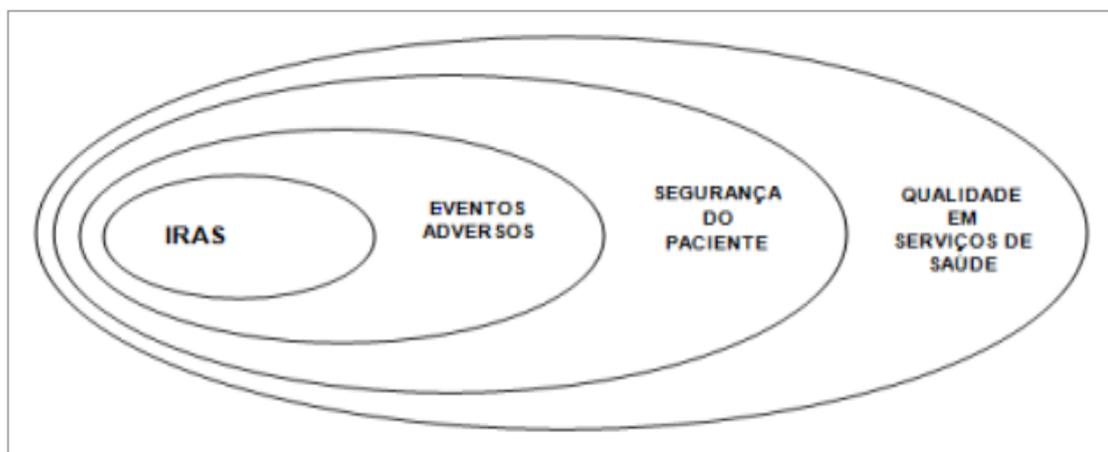
Diante da recente implementação do plano de contingência para o enfrentamento do coronavírus – COVID-19 e das ações para a segurança do paciente, é imperativo avaliar se as ações foram executadas de acordo com as recomendações dos critérios e normas documentais, e se estas ações proporcionaram aos pacientes uma assistência segura e de qualidade desde a sua internação até sua saída, seja por alta médica melhorada, transferência ou óbito.

7 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Este trabalho realizou uma avaliação normativa da implementação do atendimento ao COVID-19 na Unidade de Terapia Intensiva do HRG, apreciando se o recomendado pelos documentos, notas técnicas e órgãos fiscalizadores, e a Segurança do Paciente foram implementadas na UTI. Esta constitui-se no local destinado na instituição para prestação da assistência aos pacientes confirmados para Covid-19 em estado grave, ou instabilidade que apresentasse risco de morte em decorrência a deterioração clínica do paciente, no período de março de 2020 a setembro de 2021. A avaliação normativa mostra-se adequada para o presente trabalho considerando a ausência de avaliações prévias da intervenção e o relativo pouco tempo de implementação. Ainda, por seu caráter principalmente formativo, permite contribuir para identificar problemas e propor mudanças no decorrer da implementação da intervenção.

A UTI do HRG esteve inserida no projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, no período de 2017 a 2020, desenvolvidos pelos cinco hospitais de excelência, integrantes ao PROADI-SUS. Este projeto é colaborativo, com a participação de 115 hospitais públicos e filantrópicos que atendem ao SUS. O projeto é conduzido pela equipe técnica do PNSP, Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e de Urgência do Departamento de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) que utiliza a metodologia Modelo de Melhoria (IH), com o objetivo de reduzir as infecções na UTI, aumentar a segurança do paciente, a comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes, além do uso correto de equipamentos em consonância com o PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente e o PNPCIRAS – Programa Nacional de Prevenção e Controle de infecção relacionadas à assistência à saúde, uma vez que as IRAS – Infecções relacionadas à assistência à saúde são um problema de qualidade nos serviços de saúde.

Figura 3 – IRAS: Um problema de qualidade nos serviços de saúde



Fonte: Costa (2016, p. 24)

Para obter os resultados esperados, é necessário o envolvimento dos *stakeholders* e profissionais do HRG que prestaram ou prestam assistência e devolutivas ao serviço sobre a intervenção, ampliando o conhecimento e melhorando a compreensão acerca do plano de contingência e os resultados obtidos por este no período de enfrentamento da Pandemia.

Para tanto, avaliou-se em que medida a implementação da Identificação correta do paciente e da Comunicação efetiva entre os profissionais (metas internacionais para segurança do paciente) foi assegurada. E, ainda, se o plano de contingência estabelecido na UTI do HRG possibilitou a assistência segura conforme as normas e as recomendações técnicas aos pacientes internados neste cenário pandêmico.

8 OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de implementação das Metas 01 e 02 (Identificação correta do paciente e Comunicação efetiva entre os profissionais, respectivamente) e componentes transversais do Plano de Contingência para a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Gama, relacionadas à segurança dos pacientes suspeitos e confirmados para COVID-19, nos anos de 2020 e 2021.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Apreciar a disponibilidade dos recursos previstos nas Metas 01 e 02 do plano de contingência para o atendimento dos pacientes graves confirmados para COVID-19;
2. Avaliar se as ações e serviços para as metas e os componentes transversais foram implementados conforme as recomendações técnicas para a assistência aos casos de COVID-19;
3. Analisar se os resultados obtidos para as duas metas foram alcançados segundo o programado.

9 METODOLOGIA

9.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo desenvolveu uma avaliação normativa da implementação das ações do Plano de Contingência para a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Gama, relacionadas à segurança dos pacientes internados durante a pandemia da COVID-19. Buscou-se avaliar a estrutura, as ações propostas e os resultados previstos quanto ao atendimento dos pacientes graves confirmados para COVID-19, com a redução e a mitigação de riscos e danos aos pacientes, em duas metas específicas e seus componentes transversais. Observaram-se, para isso, as normas nacionais e internacionais (OMS, MS, SESDF) e o plano de contingência local para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Desenvolveu-se um estudo descritivo e transversal, utilizando abordagem quantitativa e qualitativa, com aplicação de questionário de autopreenchimento, entrevista estruturada com questões fechadas e abertas, análise documental e observação direta (Quadro 6). O período considerado para análise foi de março de 2020 a setembro de 2021, sendo realizadas as seguintes etapas:

- ✓ Levantamento do material teórico para delimitar o escopo do estudo; a revisão da literatura foi realizada para identificar os principais conceitos e definições relacionadas ao tema do estudo “Segurança do Paciente” e ao contexto da intervenção: o período de pandemia no DF e a necessidade de estabelecer normas de segurança dos pacientes internados, suspeitos ou confirmados de COVID-19;
- ✓ Levantamento do material teórico e documental (critérios e normas) para delimitação do objeto da avaliação. Inicialmente, foi descrito o cenário pandêmico no Distrito Federal e a situação da unidade hospitalar onde se realizou o estudo, para a prestação da assistência segura ao paciente suspeito e confirmado para COVID-19. A partir do documento oficial do plano de contingência para assistência à COVID-19, selecionaram-se duas das seis metas preconizadas para segurança do paciente, as quais foram definidas como objeto do presente estudo;
- ✓ Definição das metas a serem avaliadas. As metas selecionadas foram: Identificação correta do paciente (Meta 01) e Comunicação Efetiva entre Profissionais (Meta 02), complementadas pelos componentes técnicos de gerenciamento de risco e de capacitação dos profissionais de saúde, considerados como transversais para

implementação de parte ou da totalidade da intervenção, segundo proposto pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

- ✓ A seleção das metas 01 e 02 deu-se pela inserção da autora na realização das atividades nelas envolvidas. Além disso, por compreender que, diante da pandemia do Covid -19, no que se refere à meta 01, o processo de identificação para o manejo do paciente da admissão à sua saída da unidade hospitalar é vital. Também, evidências indicam que falhas na identificação do paciente podem desencadear eventos adversos, além de gerar fragilidade nos processos institucionais e assistenciais que envolvem o paciente e os profissionais de saúde. Já para meta de comunicação, pela relevância do aprimoramento da comunicação interna, externa, interpessoal, e, principalmente, para o efetivo funcionamento das ações preconizadas para a prestação de uma assistência de qualidade e segura aos pacientes neste cenário pandêmico;
- ✓ Com base nos documentos oficiais e literatura sobre o tema, elaborou-se o modelo lógico das duas metas selecionadas. O modelo lógico foi fundamentado nos protocolos de segurança do paciente para a Meta 01, Meta 02, gerenciamento de risco e capacitação dos profissionais, aplicando também a Portaria 529/2013, RDC36/2013;
- ✓ Partindo-se do modelo lógico da intervenção, cada componente técnico foi identificado quanto os seus critérios e indicadores, definidos os parâmetros e pontos de corte para o julgamento, conforme as normas e padrões, descritos na matriz de análise e julgamento.

Quadro 5 – Estratégias de análise

Questionário autopreenchimento	Entrevista estruturada
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Levantamento de dados ✓ Verificação da compreensão dos profissionais as boas práticas para Segurança do Paciente ✓ Verificação da adesão as boas práticas para Segurança do Paciente ✓ Verificação da implantação da Segurança do Paciente na unidade assistencial 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Levantamento de dados ✓ Durante a observação direta foram coletadas informações com a supervisora da UTI, as informações foram coletas no mesmo formulário da observação direta. ✓ As informações da gestora local possibilitaram compreender sobre a participação e engajamento da gestão local sobre segurança do paciente ✓ Verificação de recursos ✓ Levantamento dos pontos fortes, fracos e oportunidades de melhorias

Quadro 5 – Estratégias de análise (continuação)

Análise documental	Observação direta
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Leitura e análise dos protocolos de Segurança do paciente. ✓ Leitura e análise do Plano de Contingência COVID-19 ✓ Leitura e análise dos relatórios emitidos pelo NQSP-HRG sobre a adesão as boas práticas ✓ Leitura e análise de documentos da Sala de situação: atas de reuniões do comitê de crise local e relatórios epidemiológicos do HRG. ✓ Leitura de Prontuário Eletrônico (TRAKCARE) ✓ Leitura de documentos no SEI – Sistema Eletrônico de Informação oriundos da SESDF 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificação <i>in loco</i> da implementação e cumprimento das recomendações para a Segurança do Paciente ✓ Verificação das ações internas para a Segurança do Paciente ✓ Verificação do engajamento profissional e setorial as metas de Segurança do Paciente

Fonte: Elaborado pela autora

9.2 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital Regional do Gama (nome fantasia), razão social Distrito Federal Secretaria de Saúde, instituição pública com administração direta, localizado na RA II, no bairro Gama da cidade de Brasília e na região de saúde sul do DF, foi a instituição selecionada para o estudo.

O Hospital possui 393 leitos cadastrados no CNES, sendo considerado como hospital de médio porte, referência no DF para atendimento de ortopedia e referência para a região de saúde sul e RIDE (Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno) entorno sul. A unidade de Terapia Intensiva para atendimento ao COVID-19 é composta de 20 leitos para cuidados intensivos. Esta unidade de assistência complementa o Bloco Respiratório para a prestação do cuidado dos pacientes gravemente enfermos.

9.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população deste estudo foi constituída pelos Servidores públicos, vinculados à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, das categorias: Médico (a), Enfermeiro (a), Técnico/Auxiliar de Enfermagem, Técnico Administrativo, Fisioterapeuta, Psicólogo, Odontologista, Fonoaudióloga, que atuam na UTI do HRG. Para compor a amostra, foram considerados como critérios de inclusão: profissionais acima descritos que tenham atuado na UTI do HRG durante o período da pandemia Covid-19 e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os profissionais que estavam em licenças prolongadas ou em férias na fase de coleta dos dados.

O tamanho da população desta UTI é de 143 profissionais. Para o cálculo da amostra, adotou-se um grau de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, sendo o tamanho da amostra para este estudo de 105 profissionais de saúde. Aplicando-se a mesma proporção para todas as categorias profissionais de interesse, previa-se a inclusão de pelo menos 16 médicos, 9 enfermeiros e 65 técnicos e auxiliares de enfermagem, 1 fonoaudióloga, 1 técnico administrativo, 1 odontólogo, 1 psicólogo e 11 fisioterapeutas. Para este estudo, foi possível atingir uma amostra de 83 pessoas, mantendo-se a proporção das categorias profissionais.

Todavia, diante das dificuldades como escalas diversificadas, afastamentos legais e também recusa de alguns profissionais em responder a pesquisa, não foi possível alcançar os 105 profissionais, em que, estratificando as ausências de respostas, tivemos: 02 médicos e 20 técnicos de enfermagem, nas demais categorias foi possível alcançar 100% do proposto para o estudo.

9.4 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados do estudo aconteceu no período de maio a setembro de 2021, sendo utilizadas as seguintes fontes de informação:

- ✓ Protocolo de identificação correta e os dados coletados pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para avaliação da implementação da meta, adesão das boas práticas pela unidade e visitas técnicas;
- ✓ Protocolo de comunicação efetiva entre os profissionais e os dados de eventos adversos notificados nesta instituição de saúde, os dados de implementação da meta e de adesão às boas práticas;
- ✓ Documentos, formulários e Plano de segurança do paciente (PSP) 2020 do Núcleo de Qualidade e segurança do paciente para as metas 01 (Identificação correta do paciente) e 02 (Comunicação efetiva entre os profissionais);
- ✓ Plano de contingência para o enfrentamento da Pandemia COVID-19;
- ✓ Documentos norteadores da SESDF para o enfrentamento da Pandemia COVID-19;
- ✓ Sala de situação: atas de reuniões do comitê de crise local e relatórios epidemiológicos do HRG;
- ✓ Prontuário Eletrônico (TRAKCARE);
- ✓ SEI – Sistema Eletrônico de Informação.

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário com perguntas fechadas e abertas (APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO), inspirado no modelo lógico desta intervenção, na matriz de análise e julgamento e, principalmente, nas normas e protocolos de segurança do paciente.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado em 5 seções: caracterização da amostra; Meta 1 – Identificação do Paciente; Meta 2 – Comunicação efetiva; Gerenciamento de risco; e Capacitação Profissional. A primeira seção foi composta por quatro variáveis – categoria profissional, sexo, tempo de formação e tempo de atuação no setor. Na seção dois, as questões foram destinadas a conhecer sobre a Meta 01 – Identificação Correta do Paciente. Nesta seção, as questões de 1 a 15 apresentavam opção de resposta **discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente, não se aplica e em branco**. Nas questões 16 a 18, as opções de resposta foram **Sim, Não** para alternativas de múltiplas escolhas. Na questão 19, a questão permitiu comentário sobre o processo de identificação do paciente no setor que trabalha, permitindo a compilação das respostas por categorias.

Na seção três, foi avaliada a Meta 02 – Comunicação Efetiva, sendo dividida em 12 questões. Da questão 1 à 6, apresentava-se opção de resposta **discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente, não se aplica e em branco**. Na questão 7, permitiu-se a opinião do participante, por meio da escala NSP (Net Promoter Score), sendo de 0-6 pontos detratores, 7-8 pontos neutros e 9 – 10 pontos promotores. Na questão 8, as opções de resposta foram **Sim, Não** para alternativas de múltiplas escolhas. Nas questões 9 e 10, o participante expressou sua opinião com respostas **péssimo, ruim, regular, bom, excelente, em branco**. Na questão 11, as opções de resposta foram **Sim, Não** para alternativas de múltiplas escolhas e, na questão 12, permitiu-se comentário sobre o processo de comunicação efetiva no setor que trabalha, permitindo a compilação das respostas por categorias.

Na seção quatro, o assunto abordado foi a notificação de eventos adversos, essa seção foi composta por 8 questões que apresentavam opções de respostas: **discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente, não se aplica e em branco**. Por fim, na seção cinco, a temática de capacitação profissional foi abordada permitindo que o participante se expressasse em 6 questões onde as opções de respostas também eram: **discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente, não se aplica e em branco**.

Para todas as questões descritas acima, foram adotadas pontuações (0 a 5 pontos) a fim de efetuar o cálculo do Grau de Implementação. As pontuações adotadas estão descritas de forma detalhada na Matriz de Análise e Julgamento (Quadro 6 e APÊNDICE C – MATRIZ DE

ANÁLISE E JULGAMENTO [COMPLETA]). Ao longo da coleta de dados e no processo de revisão da Matriz de Análise e Julgamento, percebeu-se que algumas questões não estavam relacionadas diretamente aos componentes estruturais – estrutura, processo e resultado, optando-se, assim, pela inserção do componente Cultura de Segurança. Este componente contempla indicadores que refletem a percepção dos participantes sobre a importância das metas de segurança em análise e da existência de um ambiente promotor da cultura de segurança.

O instrumento de coleta de dados foi previamente testado e seguiu todos os critérios estabelecidos pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fiocruz e FEPECS. O questionário foi preenchido pelos participantes sem interferência da pesquisadora, entregue em envelope e enumerado, posteriormente, para o lançamento dos dados em planilha de Excel. Ainda, foi realizada observação direta (não participante) e consulta documental (APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DIRETA E CONSULTA DOCUMENTAL) - Protocolos de segurança do paciente (PSP), formulários, protocolos e fluxos para o atendimento do Covid-19, ATAS de reuniões, relatórios, listas de presenças, etc.

A observação direta não participante ocorreu na UTI para compreender melhor a prática profissional durante o processo de trabalho, com duração de 2 horas em um único dia previamente agendado com a supervisão da unidade. Foi observado se as recomendações dos protocolos de segurança do paciente, plano de contingência para assistência ao COVID-19 e as questões propostas na ferramenta de observação direta eram praticadas pelos profissionais durante o seu processo de trabalho.

A entrevista com a supervisora também ocorreu na UTI, o objetivo principal foi de conhecer sobre: compreensão e percepção da gestão à segurança do paciente, as boas práticas implementadas nesta unidade e acesso a documentos para análise documental. Todas as perguntas aplicadas a essa gestora fazem parte do instrumento de observação direta e consulta documental (APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DIRETA E CONSULTA DOCUMENTAL).

Como fonte de dados adicional, foram analisados relatórios e documentos do setor de auditoria da unidade de estudo (APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DIRETA E CONSULTA DOCUMENTAL). Os itens apreciados basearam-se nos componentes técnicos e estruturais e seus critérios, buscou-se responder ao indicador, parâmetro, e ponto de corte definidos. Dessa forma, as questões da auditoria estão vinculadas à matriz de julgamento e dialogam com o questionário aplicado aos profissionais, o que permitiu realizar a avaliação

dos itens considerando diferentes fontes de dados, com o objetivo de descrever o grau de implementação das metas de segurança.

A auditoria foi dividida nos componentes desta avaliação. Na primeira etapa, avaliou-se a Meta 01 – Identificação correta do paciente, Estrutura e Processo nas questões de 1 a 12 da ferramenta de auditoria. Na segunda etapa, foi avaliada a Meta 02 – Comunicação Efetiva entre os profissionais, também foi avaliada a estrutura e o processo deste componente. As questões que avaliaram esses itens foram de número 13 a 18.

Para avaliar o componente Gerenciamento de Risco, as questões de número 19 a 26 buscaram responder ao descrito na matriz de julgamento, este componente técnico é o processo. Na última etapa, a auditoria buscou compreender sobre a capacitação dos profissionais, nesta etapa só se avaliou o componente estrutural processo. As questões que avaliaram este processo foram de número 27 a 30. Nos itens de 31 ao 34 desta auditoria, buscou-se conhecer a adequação deste serviço ao órgão fiscalizador – respondendo ao descrito na matriz de julgamento no componente estrutural Resultado Intermediário (APÊNDICE C – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO [COMPLETA]).

9.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Com base no modelo lógico da intervenção, cada componente técnico foi identificado quanto os seus critérios e indicadores. Para melhor análise e interpretação dos dados, foi definida a matriz de análise e julgamento (Quadro 6) para avaliação da implementação das ações em análise no presente estudo.

Os critérios e os padrões foram distribuídos nos componentes do modelo lógico, dada a pontuação máxima de 5 pontos e mínima de 0 pontos. Para determinar os resultados obtidos por meio da aplicação dos questionários, observação direta e consultas documentais, será realizado um somatório para avaliação da implementação nas dimensões de estrutura, processos e resultados de cada componente e critérios avaliados. Após a pontuação de cada item, a soma dos valores será utilizada para classificação dos componentes de acordo com os seguintes pontos de corte:

75 a 100% de conformidade = implantado (cor verde)

50 a 74,9% de conformidade = parcialmente implantado (cor amarela)

25 a 49,9% de conformidade = incipiente (cor laranja)

<25% = não implantado (cor vermelha)

Quadro 6 – Matriz de análise e julgamento

Componentes Estruturais	Componentes Técnicos	CrITÉrios	Indicadores	Pontuação máxima
Estrutura	META 01 - Identificação do paciente	EPI, Pulseiras	Presença dos insumos conforme programado	5
			Proporção dos insumos disponibilizados pela SES/DF	5
		Equipamentos	Presença de equipamentos apropriados	5
		Recursos Materiais	Adequação dos recursos materiais* na unidade de assistência ao COVID-19	5
			Adequação do número de profissionais - equipe multidisciplinar na UTI para o atendimento em período pandêmico e não pandêmico	5
		Sinalização visual do fluxo institucional	Presença de sinalização para comunicação da equipe multidisciplinar	5
Alerta visual na triagem do paciente		Presença de alertas visual para riscos existentes	5	
Processo		Identificação do paciente	Instituição da pulseira de identificação	5
			Paciente com pulseira e placa de identificação beira-leito	5
			Definição de identificadores de identificação - nome completo e a data de nascimento	5
			Conferência da identificação antes da prestação de cuidado e administração de medicamento, hemocomponentes, dietas, etc.	5
Resultado		Assistência ao paciente ao qual se destina, sem erros de identificação	Adesão a identificação segura	5
	Nº de Eventos adversos por falha de identificação		5	
Cultura de segurança	Importância da identificação correta do paciente	Percepção da relevância da identificação correta	5	
		Percepção de valorização da meta na unidade	5	

Quadro 6 – Matriz de análise e julgamento (continuação)

Componentes Estruturais	Componentes Técnicos	Critérios	Indicadores	Pontuação máxima		
Estrutura	META 02 – Comunicação efetiva	Ferramentas de comunicação	Presença de ferramentas para comunicação eficaz entre equipe multiprofissional e pacientes.	5		
Processo		Implementação de ferramentas para equipe multiprofissional e pacientes	Implementação de Passagem de plantão	Instituição de quadro de metas diárias para cada paciente	5	
				Implementação de visita multidisciplinar	5	
			Implementação de protocolos para prescrições verbais	Implementação de prescrições verbais com uso de telefone	5	
				Implementação de prescrições verbais em urgência	5	
			Resultado	Melhoria da interação entre paciente e profissional de saúde	Pacientes conhecedores, envolvidos e participativos colaborando para identificação de falhas.	5
Cultura de segurança		Importância da comunicação efetiva		Percepção dos benefícios da comunicação efetiva	5	
				Fatores que influenciam a comunicação efetiva	5	
				Percepção da qualidade da comunicação na unidade	5	
Componentes Estruturais		Componentes Técnicos	Critérios	Indicadores	Pontuação máxima	
Processo		Gerenciamento de Risco	Notificações de eventos adversos, monitoramento sistemático, análise e comunicação de Evento Adverso	Presença de ferramenta de notificação	5	
				Regularidade de notificação no SNVS	5	
				Presença de protocolos de segurança do paciente	5	
	Realização de busca ativa			5		
	Uso de ferramentas de qualidade para análise e investigação			5		
	Elaboração de plano de ação em conjunto com os setores envolvidos			5		
	Divulgação periódica dos indicadores e a		Nº de relatórios elaborados	5		
			Nº de reuniões realizadas para divulgação dos dados	5		
	Cultura de segurança		Promoção de ambiente e cultura de segurança		Percepção de cultura punitiva	5
					Percepção de ambiente de segurança	5

Quadro 6 – Matriz de análise e julgamento (continuação)

Componentes Estruturais	Componentes Técnicos	Critérios	Indicadores	Pontuação máxima
Processo	Capacitação Profissional	Engajamento dos acompanhantes e pacientes no seguimento das medidas	Existência de processo de educação permanente dos acompanhantes	5
			Envolvimento dos pacientes e familiares	5
		Promoção de processos de capacitação profissional sobre segurança do paciente	Capacitações realizadas	5
		Engajamento dos profissionais no seguimento das medidas preventivas	Número de profissionais capacitados	5
		Elaboração de protocolos conforme normas e recomendações	Quantidade de protocolos divulgados	5
Cultura de segurança		Importância da capacitação profissional	Percepção dos benefícios das capacitações	5

Fonte: Elaborado pela autora

9.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi aprovado pela banca de qualificação de projetos da FIOCRUZ, pelo CEP da FIOCRUZ e pelo CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES/DF, sob o número de referência CAAE 40881720.4.0000.524 (ANEXO A – APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL). A pesquisa foi realizada de acordo com as normas e diretrizes de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016, e seguindo os referenciais da bioética, como: autonomia, beneficência, não maledicência, justiça e equidade (BRASIL, 2012, 2016b).

Para a realização deste estudo, foi solicitada autorização prévia da Direção do Hospital Regional do Gama (SES/SRSSU/HRG) para acessar os dados da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, e coletar os dados necessários para o desenvolvimento do estudo (APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DIRETA E CONSULTA DOCUMENTAL).

Para a coleta dos dados, fez-se uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO [TCLE]), sendo salvaguardada a confidencialidade das informações dos participantes. Nos questionários, não houve identificação do profissional que respondeu a pesquisa, dessa forma, os dados foram catalogados por número e categoria profissional, garantindo, assim, o anonimato dos participantes. Os riscos identificados foram relacionados ao momento de preenchimento do questionário, com relação a possíveis constrangimentos em responder alguma questão, como também à possibilidade de que, por se tratar de um questionário que será respondido por profissionais da mesma unidade, não é possível garantir o anonimato, privacidade ou sigilo, caso o participante venha a ser identificado. Para reduzir esses riscos de identificação, o questionário foi entregue em envelope, sendo respondido e devolvido à pesquisadora envelopado. A pesquisa foi totalmente voluntária e os profissionais de saúde participantes podem sair do estudo quando quiserem e serão orientados de todas essas possibilidades antes de resposta do questionário e na leitura e ciência do TCLE.

10 RESULTADOS

Nesta seção, apresentam-se os resultados obtidos por meio dos questionários, análise documental, entrevista realizada com a supervisora da unidade e observação direta ao setor de auditoria à UTI. Encontra-se organizada em duas partes: Caracterização da amostra e Grau de implementação. A descrição aqui narrada busca responder à pergunta principal deste estudo e dar condições para a construção do próximo capítulo – Discussão.

10.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram desta pesquisa 83 profissionais que atuam diretamente na assistência do paciente crítico, destacando que o maior grupo pesquisado foi da enfermagem – 54,2 % ($n=45$) na categoria de técnico em saúde (Auxiliares e Técnicos de enfermagem) e 10,8% ($n=9$) na categoria enfermeiro. Os demais participantes pertencem às categorias: 16,9% ($n=14$) médicos, 13,3% ($n=11$) fisioterapeutas, 1,2% ($n=1$) psicólogo, 1,2% ($n=1$) fonoaudiólogo, 1,2% ($n=1$) técnico administrativo, e 1,2% ($n=1$) odontólogo.

Quanto ao gênero, em sua maioria, os participantes são do sexo feminino ($n=59$, 71,1%). Quanto ao tempo de formação, observa-se que 24 (28,9%) participantes estão formados no período de 11 a 15 anos, e quanto ao tempo de atuação no setor, 37 (44,6%) atuam no setor no tempo de 0 a 5 anos.

Tabela 1 – Perfil dos profissionais entrevistados

Variáveis	n = 83	%
Categoria profissional		
Auxiliar/técnicos de enfermagem	45	54,2
Fisioterapeutas	11	13,3
Enfermeiros	9	10,8
Psicólogo	1	1,2
Fonoaudiólogo	1	1,2
Técnico administrativo	1	1,2
Médicos	14	16,9
Odontólogo	1	1,2
Sexo		
Feminino	59	71,1
Masculino	23	27,7
Não informado	1	1,2
Tempo de formação		
0 a 5 anos	9	10,8
6 a 10 anos	11	13,3
11 a 15 anos	24	28,9
16 a 20 anos	13	15,7
21 a 25 anos	04	4,8
26 anos acima	1	1,2
Não informado	19	22,9
Tempo de atuação no setor		
0 a 5 anos	37	44,6
6 a 10 anos	18	21,7
11 a 15 anos	5	6,0
16 a 20 anos	1	1,2
21 a 25 anos	2	2,4
26 anos acima	1	1,2
Não informado	19	22,9

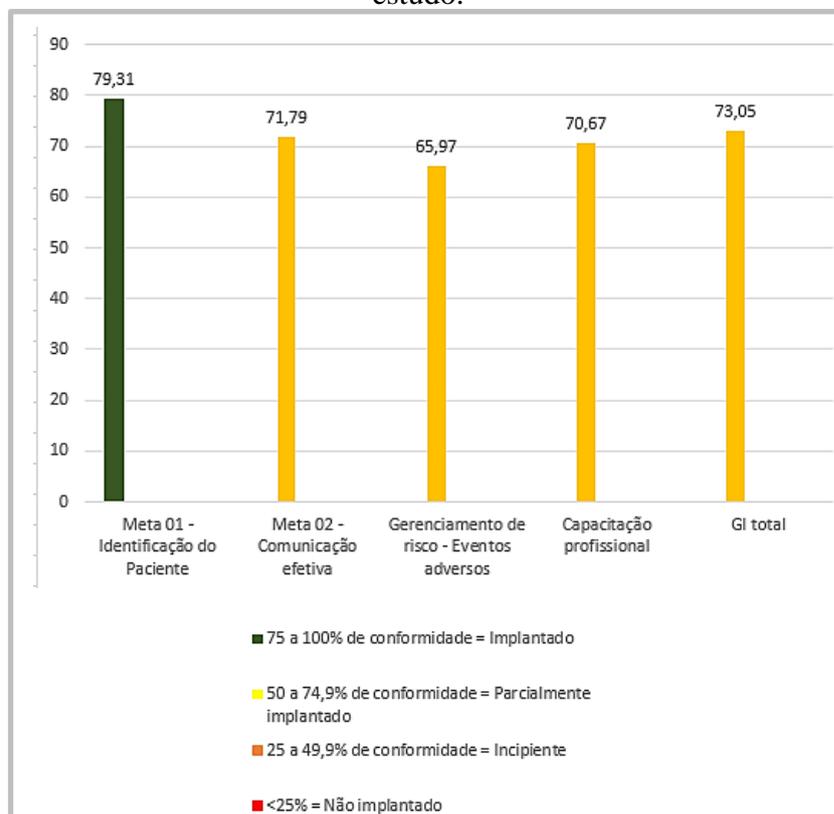
Fonte: Elaborado pela autora

10.2 GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO

Em resposta à pergunta principal deste estudo, constatou-se que o grau de implementação (GI) global no serviço atingiu 73,8%, caracterizando que estão parcialmente implementadas as metas de segurança do Paciente aplicadas ao Plano de Contingência do Hospital Regional do Gama para assistência aos casos suspeitos e confirmados de Covid-19, totalizando 13.171 pontos. Para pontuação máxima na tabela, esperava-se atingir 18.010 pontos no que diz respeito ao grau de implementação total. Considerando que este estudo foi subdividido em componentes, estes também tinham uma pontuação máxima a alcançar, a fim de que fosse possível a avaliação da implementação por cada componente proposto nesta pesquisa.

O componente que apresentou maior pontuação e, por consequência, maior grau de implementação foi a Meta 01 – Identificação do paciente com 79,3% (de 7.120 pontos esperado, atingiu 5.647 pontos) considerada como meta implementada. A Meta 02 – Comunicação efetiva alcançou a classificação de parcialmente implementada, com 71,8% de implementação (2.405 pontos do total de 3.350 pontos). Os componentes transversais, Capacitação Profissional e Gerenciamento de Risco foram classificados como parcialmente implementados, com 70,7% (2.067 pontos do total de 2.925) e 65,9% de implementação respectivamente (3.038 pontos do total esperado de 4.605 pontos). Os resultados estão apresentados no Gráfico 1 e Quadro 7.

Gráfico 1 – Distribuição das classificações do grau de implementação dos componentes do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 7 – Grau de Implementação geral e por componente

Componente	Pontuação obtida	Pontuação máxima	Grau de implementação	Classificação	GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO GLOBAL 73,05%
Meta 01 – Identificação do paciente	5.647	7.120	79,31	Implantado	
Meta 02 – Comunicação efetiva	2.405	3.350	71,79	Parcialmente implantado	
Gerenciamento de risco	3.038	4.605	65,97	Parcialmente implantado	
Capacitação profissional	2.067	2.925	70,67	Parcialmente implantado	

Fonte: Elaborado pela autora

10.2.1 Componente: Meta 01 – Identificação do Paciente

Foram aplicados 83 questionários e 01 visita setorial à UTI do HRG (observação direta não participante). Os questionários e a auditoria foram analisados em conformidade com a Matriz de Análise e Julgamento. Os resultados apontam que, na UTI, as metas internacionais para a segurança do paciente são trabalhadas e que ações de melhoria vêm sendo implementadas em conformidade ao proposto pelo Plano de Segurança do paciente institucional e recomendações e exigências Estaduais e Nacionais. Para esta Meta 01, a classificação do grau de implementação alcançou a condição de implantada, com 79,1%, conforme descrito na tabela de grau de implementação, referente aos dados do questionário respondido pelos profissionais. Este resultado foi corroborado pelos dados da observação direta sobre a auditoria, conforme as tabelas 06 a e 06 b do Grau de Implementação da Meta 01 - Identificação do paciente.

Tabela 2 – Grau de Implementação da Meta 01 - Identificação do paciente, por componente estrutural, segundo os profissionais de saúde (A)

Meta 1: Identificação do Paciente (A)						
Componente Estrutural	Critérios	Indicador	Questão	Máximo	Pontuação encontrada	%
Estrutura	EPI, Pulseiras	Presença dos insumos conforme programado	8	415	332	80,00
			9	415	300	72,29
Processo	Identificação do paciente	Instituição da pulseira de identificação	3	415	355	85,54
			5	415	337	81,20
			6	415	315	75,90
			7	415	323	77,83
			10	415	244	58,80
			11	415	309	74,46
			16	415	400	96,39
			16a	415	400	96,39
		18	415	125	30,12	
				Paciente com pulseira e placa de identificação beira-leito	4	415
		Definição de identificadores de identificação - nome completo e a data de nascimento	17	415	405	97,59
Processo	Identificação do paciente	Conferência da identificação antes da prestação de cuidado e administração de medicamento, hemocomponentes, dietas, etc.	13	415	334	80,48
Resultado	Assistência ao paciente ao qual se destina, sem erros de identificação	Adesão a identificação segura	12	415	278	66,99
	Cultura de segurança: importância da identificação correta do paciente	Percepção da relevância da identificação correta	1	415	387	93,25
		Percepção de valorização da meta na unidade	2	415	370	89,16
Total				7.055	5.587	79,19

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 3 – Grau de Implementação da Meta 01 - Identificação do paciente, por componente estrutural, segundo os dados da auditoria (B)

Meta 1: Identificação do Paciente (B)						
Componente Estrutural	Crítérios	Indicador	Questão	Máximo	Pontuação encontrada	%
Estrutura	EPI, Pulseiras	Presença dos insumos conforme programado	1	5	5	100,00
		Proporção dos insumos disponibilizados pela SES/DF	2	5	5	100,00
	Equipamentos	Presença de equipamentos apropriados	3	5	5	100,00
	Recursos Materiais	Adequação dos recursos materiais* na unidade de assistência ao COVID-19	4	5	5	100,00
		Adequação do número de profissionais - equipe multidisciplinar na UTI para o atendimento em período pandêmico e não pandêmico	5	5	5	100,00
	Sinalização visual do fluxo institucional	Presença de sinalização para comunicação da equipe multidisciplinar	6	5	5	100,00
Alerta visual na triagem do paciente	Presença de alertas visual para riscos existentes	7	5	5	100,00	
Processo	Identificação do paciente	Definição de identificadores de identificação - nome completo e a data de nascimento	10	5	5	100,00
		Conferência da identificação antes da prestação de cuidado e administração de medicamento, hemocomponentes, dietas, etc.	11	5	0	-
Resultado	Assistência ao paciente ao qual se destina, sem erros de identificação	Adesão a identificação segura	12	5	5	100,00
		Nº de Eventos adversos por falha de identificação	31	5	5	100,00
Total				55	50	90,91

Os resultados apontam que a Meta 01 – Identificação correta do paciente é uma prática implementada, considerando que todos os pacientes internados possuem algum tipo de identificação, conforme o preconizado pelo protocolo institucional. Ainda, apontam haver na unidade avaliada estímulo para essa ação e na prestação do cuidado ao paciente para qual se destina.

Quando detalhamos estes dados, evidenciam-se três pontos de fragilidade nesta meta, que corroboram com a existência de eventos adversos relacionados às falhas de identificação.

1. (Questão 10 - questionário) Pacientes que permanecem por longo período de internação a pulseira é trocada periodicamente - Neste item, que alcançou 58,8% (244 pontos), apenas $n=28$ (33,73%) dos participantes concordaram com tal afirmativa;
2. (Questão 18 – questionário) Nesta unidade quais as situações em que é permitido ao paciente ficar sem pulseira de identificação – Esta questão atingiu a menor pontuação do grau de implementação deste componente (30,12% com 125 pontos). Para 71% ($n=59$) dos profissionais pesquisados, os pacientes queimados, com anasarca, psiquiátricos, lesões cutâneas e fragilizados podem ficar sem pulseira de identificação. Tal resposta destoava do preconizado pelo protocolo de identificação correta do paciente;
3. (Questão 12 - questionário) Há recusa/dificuldades pelos profissionais de saúde para realizar a identificação do paciente com a pulseira - Na avaliação do grau de implementação, essa questão obteve 67,0% e 278 pontos, sinalizando que uma parte dos entrevistados refere recusa/dificuldades para realizar a identificação do paciente;
4. (Questão 11 - auditoria) Conferência da identificação antes da prestação de cuidado e administração de medicamento, hemocomponentes, dietas, etc. - Durante a observação direta não se visualizou a realização da conferência da identificação dos pacientes antes da realização dos cuidados, o que justifica a pontuação zero neste item.

10.2.2 Componente: Meta 02 – Comunicação efetiva

Para esta Meta 02, encontrou-se um grau de implementação de 71,7% na avaliação das entrevistas aos profissionais, e de 76,7% nos itens auditados. Os resultados apontaram dois critérios nesta unidade como os mais problemáticos para o não alcance da classificação desejada: a presença de ferramentas para fortalecimento da comunicação efetiva e o resultado na melhoria da interação entre paciente e profissional de saúde.

Tabela 4 – Grau de Implementação da Meta 02 - Comunicação Efetiva, por componente estrutural, segundo os profissionais de saúde (A)

Meta 2: Comunicação Efetiva (A)						
Componente Estrutural	Crítérios	Indicador	Questão	Máximo	Pontuação encontrada	%
Estrutura	Ferramentas de comunicação	Presença de ferramentas para comunicação eficaz entre equipe multiprofissional e pacientes.	3	415	317	76,39
			8	415	158	38,07
Processo	Implementação de ferramentas para equipe multiprofissional e pacientes	Implementação de visita multidisciplinar	4	415	336	80,96
Resultado	Melhoria da interação entre paciente e profissional de saúde	Pacientes conhecedores, envolvidos e participativos colaborando para identificação de falhas	7	415	217	52,29
			Cultura de segurança: Importância da comunicação efetiva	Percepção dos benefícios da comunicação efetiva	2	415
	11	415			336	80,96
	Fatores que influenciam a comunicação efetiva	5		415	345	83,13
	Percepção da qualidade da comunicação na unidade	10	415	301	72,53	
Total				3.320	2.382	71,75

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 5 – Grau de Implementação da Meta 02 - Comunicação Efetiva, por componente estrutural, segundo os dados da auditoria (B)

Meta 2: Comunicação Efetiva (B)						
Componente Estrutural	Critérios	Indicador	Questão	Máximo	Pontuação encontrada	%
Estrutura	Ferramentas de comunicação	Presença de ferramentas para comunicação eficaz entre equipe multiprofissional e pacientes.	13	5	3	60,00
Processo	Implementação de ferramentas para equipe multiprofissional e pacientes	Implementação de Passagem de plantão	14	5	5	100,00
		Instituição de quadro de metas diárias para cada paciente	15	5	5	100,00
		Implementação de visita multidisciplinar	16	5	5	100,00
	Implementação de protocolos para prescrições verbais	Implementação de prescrições verbais com uso de telefone	17	NA	NA	NA
		Implementação de prescrições verbais em urgência	18	5	5	100,00
Resultado	Melhoria da interação entre paciente e profissional de saúde	Pacientes conhecedores, envolvidos e participativos colaborando para identificação de falhas.	32	5	0	-
Total				30	23	76,67

Fonte: Elaborado pela autora

Pelas respostas dos participantes ao questionário, evidenciou-se uma baixa implementação (38,1%) de ferramentas para a comunicação efetiva nesta unidade. Para melhor compreender este resultado, destacamos duas ferramentas entre as oito citadas na questão 08 do instrumento, a fim de conhecer se ao menos a passagem de plantão e o registro em prontuários eram implementadas nesta unidade. Assim, observamos que 93,9% ($n=78$) e 78,0% ($n=65$) dos participantes responderam positivamente a essas duas principais ferramentas de comunicação entre a equipe. Quanto às demais ferramentas, 54% ($n=45$) citam a adesão à visita multidisciplinar à beira-leito com definição de meta diária para cada paciente e 53% ($n=44$) confirmaram a utilização dos protocolos assistenciais. Existem outras ferramentas que são fortemente recomendadas pela literatura, e que os profissionais pesquisados referiram não utilizar: Lista de verificação – *Check list* ($n=53$; 63,85%), *Briefings*, *call-outs* e *cross-check*

($n=82$; 98,79%), SBAR ($n=83$; 100%) e livro ata ($n=75$; 90,36%). A fim de avaliar essa questão, na observação direta junto à auditoria, buscou-se conhecer se havia tais ferramentas na unidade e constatou-se que o hospital e a UTI dispõem de todas as citadas. É possível observar que há um problema de adesão dos profissionais às ferramentas de comunicação efetiva em todas as categorias, além disso, verificou-se a ausência de monitoramento constante do processo de implementação e continuidade, o que pode ser uma justificativa para a manutenção deste problema e uma barreira para que ações de melhoria sejam implementadas.

Quanto à interação do paciente/família no processo assistencial e com os profissionais, o questionário aplicado apresentou um resultado abaixo do desejado. Porém, pode-se relacionar esse achado ao período pandêmico do COVID-19, em que o vínculo do paciente e a família foi rompido e as ações adotadas pelo serviço para a prestação da assistência foram modificadas. Antes da pandemia, havia visita estendida nesta UTI, visita multidisciplinar beira-leito com a participação da família, reunião com família na admissão e na inserção da família ao protocolo de visita estendida. É possível observar que o elo de segurança entre o profissional e o paciente/família está fragilizado quando questionamos se o profissional se sente seguro de contar ao paciente e à família quando uma falha assistencial decorrente da prestação do seu cuidado acontece. O mesmo pode ser evidenciado na observação direta, ao avaliarmos o indicador “Pacientes conhecedores, envolvidos e participativos colaborando para identificação de falhas”, em que não foi possível abordar os pacientes e os familiares sobre o tema ou visualizar o envolvimento dos mesmos, uma vez que a sua presença na Unidade se encontrava restrita.

10.2.3 Componente: Gerenciamento de Risco

Eventos adversos acontecem quando as barreiras de segurança são quebradas. Isso quer dizer que todas as vezes que uma instituição de saúde tem protocolos pré-estabelecidos que não são seguidos adequadamente pelos seus profissionais, a assistência oferecida ao usuário se torna frágil e passível de causar danos.

Neste estudo, observou-se que os profissionais envolvidos na assistência do paciente crítico conhecem e compreendem o sistema de notificações de eventos adversos implementado neste hospital. Porém, ficou evidenciado pelos resultados da avaliação que persiste uma insuficiente cultura de segurança, alcançando a classificação de parcialmente implantado (65,7%), indicando fragilidade no processo de notificação de eventos adversos e do envolvimento dos profissionais como guardião. Isso quer dizer gerar nos profissionais a corresponsabilidade da execução e da manutenção do processo seguro. Essa reflexão vai ao

encontro do descrito na Portaria 529/2013: “cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares” (BRASIL, 2013). Somado a esse conceito descrito na Portaria 529/2013, vale ressaltar que a RDC 36/2013 destaca que os serviços de saúde deverão adotar boas práticas para o funcionamento do serviço e que deverá desenvolver uma cultura de segurança que aprenda com as falhas e fortaleça a qualidade da prestação da assistência. Os resultados constam nas Tabelas 6 e 7, respectivamente.

Tabela 6 – Grau de implementação do Gerenciamento de risco, segundo os profissionais de saúde (A)

Gerenciamento de risco (A)						
Componente Estrutural	Critérios	Indicador	Questão	Máximo	Pontuação encontrada	%
Processo	Notificações de eventos adversos, monitoramento sistemático, análise e comunicação de evento adverso	Presença de ferramenta de notificação	14	415	261	62,89
			6	415	245	59,04
		Regularidade de notificação no SNVS	1	415	300	72,29
			5	415	242	58,31
		Presença de protocolos de segurança do paciente	1	415	362	87,23
			4	415	310	74,70
		Realização de busca ativa	2	415	247	59,52
3	415		249	60,00		
Cultura de segurança	Promoção de ambiente e cultura de segurança	Percepção de cultura punitiva	6	415	210	50,60
			4	415	331	79,76
		Percepção de ambiente de segurança	8	415	241	58,07
Total				4.565	2.998	65,67

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 7 – Grau de implementação do Gerenciamento de risco segundo dados da auditoria (B)

Gerenciamento de Risco (B)						
Componente Estrutural	Crítérios	Indicador	Questão	Máximo	Pontuação encontrada	%
Processo	Notificação, monitoramento sistemático, análise e comunicação de eventos adversos	Presença de ferramenta de notificação	19	5	5	100,00
		Regularidade de notificação no SNVS	20	5	5	100,00
		Presença de protocolos de segurança do paciente	21	5	5	100,00
		Realização de busca ativa	22	5	5	100,00
		Uso de ferramentas de qualidade para análise e investigação	23	5	5	100,00
		Elaboração de plano de ação em conjunto com os setores envolvidos	24	5	5	100,00
	Divulgação periódica dos indicadores e a incidência das notificações	Nº de relatórios elaborados	25	5	5	100,00
		Nº de reuniões realizadas para divulgação dos dados	26	5	5	100,00
	Total				40	40

Fonte: Elaborado pela autora

Ainda nesse quesito, chamam atenção as respostas dos profissionais referindo que nem todos os eventos que ocorrem em sua área de trabalho, tanto para identificação do paciente como para comunicação efetiva, são notificados ao núcleo de qualidade e segurança do paciente. Tal fragilidade é percebida também nos dados que são expostos pela Gerência de risco em Serviço de Saúde do Distrito Federal (GRSS-DF), haja vista que nos relatórios produzidos podem-se evidenciar as notificações dos eventos adversos feitas pelo Hospital do Gama ao sistema nacional de vigilância sanitária.

Outra fragilidade a destacar nos resultados desse componente mostra que o sistema utilizado na instituição não deixa os profissionais seguros para contar a existência de uma falha. Outro ponto importante que necessita ser destacado nesta pesquisa é a relação do profissional com a família quando ocorre uma falha, uma vez que os profissionais pesquisados se referem à insegurança para contar a família e ao paciente quando ocorre uma falha decorrente da sua prestação de cuidado.

Quando questionados se sentem dificuldade para a realização de um cuidado seguro, 58% dos profissionais concordam com tal afirmativa, o que demonstra a necessidade de atuação da gestão local no fortalecimento das condições de trabalho, na melhoria de processos e na capacitação dos profissionais para uma prestação de serviços de qualidade. O resultado da questão 06 do questionário, no componente gestão de risco/evento adverso, corrobora com o citado anteriormente, pois 50% dos profissionais entrevistados se sentem culpados quando estão envolvidos em um evento adverso ou recebem uma notificação.

Segundo o relatório divulgado pela Gerência de Risco em Serviços de Saúde – GRSS/VISADF no segundo semestre de 2021, o Hospital Regional do Gama realizou, no ano de 2018, 475 notificações de eventos adversos, relacionadas a falhas durante a assistência à saúde e lesões por pressão. Em 2019, foram 429 e os principais eventos foram falhas durante a assistência à saúde, lesões por pressão e falhas na identificação do paciente. No ano seguinte, 2020, foram 688 notificações e, novamente, a ocorrência das falhas durante a assistência à saúde, lesões por pressão e falhas na documentação do paciente foram os mais frequentes. Tais dados corroboram para o que foi evidenciado pelo estudo neste hospital, a fragilidade na implementação da Meta 1 - Identificação correta do paciente e na Meta 02- Comunicação efetiva.

Na observação direta (auditoria) deste componente na auditoria, evidenciamos que o Hospital Regional do Gama apresenta a implementação nos itens exigidos pela legislação para notificação, análise e tratativa das notificações dos eventos adversos relacionados à assistência à saúde (Roteiro de inspeção GRSS/VISADF, 2021):

- Notificação Regulares 2.0 (RDC 36/2013 art 7º inc II) – realiza notificação mensal;
- Notificação Regulares 1.0 (RDC 36/2013 art 7º inci II) – realizou notificações no último ano;
- Protocolo de identificação do paciente (RDC 36/2013 art 8º inciso XV, RDC 63/2011 art 24º, art 26º e atr 27º) – orientação para notificação de incidentes relacionados à identificação do paciente;
- Protocolo de comunicação (RDC 36/2013 art 8º inciso XV, RDC 63/2011 art 24º, art 26º e art 27º) – orientação para notificação de incidentes relacionados à comunicação.

10.2.4 Componente: Capacitação profissional

Este componente relacionado à capacitação profissional para as práticas de segurança do paciente apresenta-se extremamente relevante para o desempenho dos componentes anteriormente citados.

Os dados demonstraram que os profissionais apresentam uma concordância quanto à implementação das práticas educativas nesta unidade. Na coleta de dados (auditoria), as informações sobre as capacitações profissionais não estavam disponíveis, o que ocasionou a pontuação zero para a questão 29 da Tabela 9.

Quando estratificamos os dados de capacitação – engajamento dos acompanhantes e pacientes no seguimento das medidas preventivas, evidenciamos que há ainda fragilidades quanto à educação do paciente e família ao propósito da identificação correta. Na observação direta, evidenciamos que um ponto a se destacar é que, neste período da pandemia de Covid-19, a UTI não recebeu a família como ocorria antes da pandemia. Com isso, a questão 27 (Tabela 9) está com o resultado zerado. Nesta unidade, existe a visita estendida, onde a família pode permanecer com o paciente durante um período do dia ou até por 24 horas, conforme avaliação da equipe multidisciplinar. Quando da permanência da família dentro da UTI, é estabelecida uma atividade de educação do familiar para o acompanhamento da internação.

Quanto à influência dos treinamentos para o estabelecimento de barreiras preventivas de incidentes no serviço de saúde (questão 05), 39 participantes (47%) concordam que a educação continuada é um forte elemento de desenvolvimento funcional da qualidade da assistência e da segurança do paciente (Tabelas 8 e 9, respectivamente).

Tabela 8 – Grau de Implementação da Capacitação profissional segundo os profissionais de saúde (A)

Capacitação Profissional (A)						
Componente Estrutural	Crítérios	Indicador	Questão	Máximo	Pontuação encontrada	%
Processo	Engajamento dos acompanhantes e pacientes no seguimento das medidas preventivas	Envolvimento dos pacientes e familiares	15	415	263	63,37
			9	415	303	73,01
	Promoção de processos de capacitação profissional sobre segurança do paciente	Capacitações realizadas	1	415	308	74,22
			2	415	281	67,71
			3	415	293	70,60
Cultura de segurança	Importância da capacitação profissional	Percepção dos benefícios das capacitações	5	415	286	68,92
			6	415	323	77,83
Total				2.905	2.057	70,81

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 9 – Grau de Implementação da Capacitação profissional segundo dados da auditoria (B)

Capacitação Profissional (B)						
Componente Estrutural	Crítérios	Indicador	Questão	Máximo	Pontuação encontrada	%
Processo	Engajamento dos acompanhantes e pacientes no seguimento das medidas preventivas	Existência de processo de educação permanente dos acompanhantes	27	5	0	-
	Promoção de processos de capacitação profissional sobre segurança do paciente	Capacitações realizadas	28	5	5	100,00
	Engajamento dos profissionais no seguimento das medidas preventivas	Número de profissionais capacitados	29	5	0	-
	Elaboração de protocolos conforme normas e recomendações	Quantidade de protocolos divulgados	30	5	5	100,00
Total				20	10	50,00

Fonte: Elaborado pela autora

11 DISCUSSÃO

Nesta seção, apresenta-se a discussão dos resultados encontrados no presente estudo contrapondo com as referências existentes, correspondente às metas 01 e 02 de segurança do paciente do plano de contingência avaliadas, além dos dois componentes transversais.

11.1 COMPONENTE: META 01 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

A identificação do paciente é a primeira meta da estratégia do PNSP, tendo sido uma das metas avaliadas neste estudo. Segundo estudos no Brasil, a taxa de adesão à identificação correta do paciente é deficitária, o que exige de todas as instituições a adoção de ações desde o início do internamento, em todo o tempo que o paciente permanecer submetido aos cuidados de saúde, até a alta hospitalar. Em todo o período, deve-se garantir a identificação correta e a validação do processo de entrega de uma assistência segura durante o processo de internamento (BRASIL, 2013d; GIRARDI *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2019).

Ainda de acordo com esses mesmos autores e as recomendações do PNSP (BRASIL, 2013a), todo paciente internado deve ser identificado com pulseira de cor branca e esta deve conter, no mínimo, dois identificadores. Esses identificadores devem ser padronizados e regularmente revisados pela equipe assistencial antes da prestação de qualquer tipo de assistência, uma vez que a identificação do paciente, além de ser uma barreira de segurança, é um processo que permite envolvimento do paciente no processo de cuidar (BRASIL, 2013d; VIEIRA *et al.*, 2019).

É de extrema relevância a manutenção da pulseira de identificação do paciente durante a internação. Sendo responsabilidade da equipe multidisciplinar, cabe a todos os profissionais avaliar diariamente a identificação do paciente, as condições da identificação, a localização do identificador e registrar em prontuário, devendo também realizar a conferência da legibilidade dos indicadores de identificação e da integridade da pulseira (MACEDO *et al.*, 2017; VIEIRA *et al.*, 2019). Assim, os serviços precisam empenhar-se nessa atividade, sendo que essa identificação pode ser feita de diversas formas, como, por exemplo: pulseira, placa na cabeceira, adesivos na roupa e crachá (VIEIRA *et al.*, 2019).

Para alcançar essa condição, a disponibilidade dos insumos que permitem a identificação correta do paciente no leito é indispensável. Além disso, a implementação dos processos de trabalho destinados à realização da meta é requerida diariamente. Estes resultados foram observados neste estudo, na UTI do HRG, para os pacientes internados por Covid-19.

Tanto na opinião dos entrevistados quanto pela observação direta, os componentes de estrutura e de processo avaliados da Meta 1 alcançaram a condição de implementados.

As ações de identificação correta do paciente são uma prática pautada na segurança do paciente e implica na melhoria do cuidado. Isso quer dizer que, quando ocorre qualquer fragilidade nas ações, devemos implementar mudanças buscando o fortalecimento e o engajamento de todos para o processo seguro da assistência. Em condições em que não haja possibilidade de realizar a identificação por meio da pulseira, cabe ao serviço e aos profissionais definirem quais são os casos elegíveis e qual substituição será executada, assim como a rotatividade dos membros para colocação da pulseira (COREN-SP, 2010; BRASIL, 2013d).

Essa situação foi identificada como uma das mais recorrentes entre os profissionais do serviço avaliado, quando questionados se haveria situações em que o paciente poderia permanecer sem a pulseira de identificação (questão de número 18). Recomenda-se que, quando não for possível utilizar pulseira, os outros meios citados (etiqueta, placa de identificação do leito, etc.) são alternativas que garantem: a identificação dos dados do paciente, a dupla checagem, a avaliação dos identificadores e a avaliação dos riscos e, por consequência, o estabelecimento de ações que contribuem para a redução de riscos e mitigação de falhas (REBRAENSP, 2013). Corroborando com essa recomendação, Bopsin, Ribas e Silva (2019) referem que nos casos de anasarca, queimaduras, amputações, entre outros, o serviço deve assegurar a correta identificação do paciente pelos meios disponíveis.

Segundo a OMS (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019), destacam-se cinco oportunidades, como processos críticos, em que se faz necessária a conferência da identificação correta do paciente:

1. Administração de medicamentos;
2. Administração de sangue e hemoderivados;
3. Realização de procedimentos invasivos, realização de exames de imagem e/ou laboratoriais;
4. Entrega de dieta aos pacientes;
5. Transferências de cuidado.

Os pontos acima são atividades muito comuns na unidade de terapia intensiva exigindo a implementação de barreiras conforme recomendação do Ministério da saúde (BRASIL, 2013d).

Além da disponibilidade de pulseira, insumo principal, outro ponto importante apontado em estudos refere-se à necessidade de ter boa qualidade, ser resistente à limpeza, fluidos

corporais, agentes químicos e a impressão deve permitir legibilidade dos identificadores do paciente pelos profissionais de saúde (TASE *et al.*, 2013; BRASIL, 2013d).

Com relação aos resultados encontrados, ressaltamos que estes merecem atenção das lideranças do serviço, mesmo que no grau de implementação haja uma taxa superior a 75%, quando avaliados todos os critérios dessa meta. Observa-se que há uma percepção negativa dos profissionais a esse processo de trabalho, como evidenciado na questão 12, referente às recusas/dificuldades para essa ação. A identificação do paciente deveria estar inserida na prática diária como um auxílio aos profissionais para a melhor qualidade da entrega do seu serviço, e não como um dificultador. Outrossim, a identificação também precisa ser vista por todos como algo necessário para uma prestação de assistência segura, sendo seu uso incentivado e difundido, e a conferência da identificação como rotina antes da prestação do cuidado.

A necessidade de estimular o maior engajamento de todos para inserir as ações de segurança do paciente na rotina assistencial advém de que, quando uma falha ocorre, isso impacta diretamente na sobrevivência dos pacientes. Como consequência, tem-se o agravamento do quadro com o aumento de dias de internação em 30, 60 e 100 dias (respectivamente 96%, 93% e 73% dos casos estudados) (DUARTE *et al.*, 2015).

O Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) afirma que 70% dos erros relacionados à identificação incorreta do paciente e outros eventos ocorrem pela comunicação ineficaz, o que ratifica a importância do estudo desse tema. Tal Instituto afirma ainda que estudos australianos detectaram que as falhas de comunicação influenciam na ocorrência dos eventos adversos e enfatiza que investimentos para a melhoria contínua da assistência refletem em maior segurança (IBSP, 2020).

A instituição deve ainda investir nas ações gerenciais de acompanhamento e desenvolvimento de práticas seguras, capacitação dos profissionais, melhoria da prestação dos serviços baseados em evidências científicas, promovendo o comprometimento dos profissionais e gestores, com o principal intuito de atendimento com qualidade e segurança para todos (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

11.2 COMPONENTE: META 02 - COMUNICAÇÃO EFETIVA

Estudar a comunicação entre profissionais e pacientes apontou o quão necessário é compreender como acontece esse processo, considerando a sua centralidade, uma vez que se relaciona direta e indiretamente com todos os outros elementos da prestação da assistência (BROCA; FERREIRA, 2015).

Para o alcance de bons resultados na prestação da assistência, é essencial o fortalecimento da comunicação. Sousa e Mendes (2019) enfatizam que uma comunicação efetiva exige o envolvimento da equipe interdisciplinar, embora nem sempre essa situação seja observada. Bopsin, Ribas e Silva (2019, p. 125) apontam que:

para que a comunicação seja efetiva faz-se necessário alguns elementos a partir da vontade de emitir e transmitir uma mensagem: i) Participar, implicar-se com os que participam da comunicação; ii) Permanecer, para manter a conversação; iii) Compreender a outra pessoa; iv) Escutar; v) Respeitar os membros do sistema comunicativo.

Ainda, os autores apontam que, para alcançar uma comunicação efetiva na equipe de saúde, faz-se necessário haver quatro pilares: a comunicação efetiva, a liderança, o alerta situacional e o apoio mútuo (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

Para Bopsin, Ribas e Silva (2019), um elemento essencial na comunicação é a escuta ativa, principalmente na relação dos profissionais de saúde e o paciente. A escuta ativa promove a continuidade das informações, continuidade do cuidado, cuidado seguro e maior satisfação. Os autores discorrem, ainda, sobre as barreiras que favorecem a comunicação efetiva: a formação de origem profissional; fatores relacionados à segurança psicológica e fatores relacionados à dinâmica de trabalho (BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019).

Diante disso, observamos que a comunicação da unidade avaliada, com uso insuficiente das ferramentas de comunicação e a interação deficiente entre profissionais e paciente, apresenta fragilidades e requer, conforme recomendado na literatura, estratégias de mudança para o alcance de uma assistência de qualidade e com segurança (FARIAS *et al.*, 2018).

A falha na comunicação efetiva compromete a qualidade do serviço e a segurança do paciente, sendo necessária a intervenção da gestão, uma vez que esta é um elo de interação entre a equipe multidisciplinar e o paciente/família. Ainda, os gestores devem atuar nos principais fatores que comprometem a comunicação efetiva para reduzir as falhas, que, em sua maioria, são de características evitáveis (FARIAS *et al.*, 2018). Segundo a OMS (*apud* BOPSIN; RIBAS; SILVA, 2019) as falhas de comunicação constituem uma das principais causas dos danos evitáveis ocorridos nas unidades assistenciais. Para Farias *et al.* (2018), necessita-se do

desenvolvimento de habilidades técnicas e ativas para a transmissão de informações, a fim de que se garanta uma assistência segura mesmo num cenário de alta complexidade.

A comunicação é referida como um poderoso instrumento, tendo em vista que define as relações pessoais, quase sempre perpassadas pela comunicação verbal, sendo necessárias habilidades para fortalecimento das relações entre todos os envolvidos uma assistência de qualidade e segura (BROCA; FERREIRA, 2015). Estes autores referem que as ferramentas de comunicação são o elo que aproxima e liga o profissional com o usuário e sua família, exigindo do profissional habilidades para reconhecimento das necessidades reais dos clientes e para construção de propostas terapêuticas. Eles descrevem, ainda em seu estudo, a importância da comunicação na manutenção do sistema multipessoal unido e com condições de alcançar os objetivos terapêuticos propostos para o cuidado do paciente (BROCA; FERREIRA, 2015).

A comunicação pode ser melhorada quando existe trabalho em equipe trazendo, por consequência, maior produtividade, bem como melhora a tomada de decisão pelos envolvidos (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Assim como no presente estudo, em que os profissionais relataram sentir-se pouco seguros para abordarem os problemas de segurança do paciente na unidade avaliada, estudo de Nogueira e Rodrigues (2015) também trata que, quando o ambiente de trabalho não é seguro, os profissionais se calam. Isso se torna uma barreira para a comunicação efetiva, gerando, assim, problemas como descomprometimento e descontinuidade de uma assistência de qualidade e segura, omissão de falhas e necessidade de melhorias (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Na mesma linha, Santos *et al.* (2019) corroboram essa compreensão referindo que o silêncio dos profissionais, por um ambiente inseguro e descomprometido, impacta na continuidade das informações. Cita, ainda, que a passagem de plantão, uma das principais ferramentas de comunicação, fica prejudicada devido à omissão de informações, falta de precisão, etc., o que acarreta prejuízo na prestação do cuidado e inviabiliza a continuidade de uma comunicação efetiva entre os envolvidos (SANTOS *et al.*, 2019).

Para uma comunicação efetiva, deve-se adotar na instituição ferramentas, protocolos e um ambiente seguro com objetivos e estratégias definidos para a segurança do paciente, o que refletirá positivamente na instituição, nos profissionais e na assistência prestada ao paciente (SANTOS *et al.*, 2019). Embora essas ferramentas estivessem presentes na unidade objeto deste estudo avaliativo, elas não são utilizadas na rotina do serviço por muitos profissionais, trazendo os prejuízos para a qualidade na espera do cuidado ao paciente.

11.3 COMPONENTE: GERENCIAMENTO DE RISCO

Desde 2013, quando o Brasil publicou oficialmente a RDC 36 e a portaria 529, referentes às diretrizes de segurança do paciente, ficou estabelecido que os incidentes relacionados a falhas na prestação da assistência devem ser monitorados obrigatoriamente pelas instituições de saúde. A Organização Mundial da Saúde (2011) reconhece que os eventos adversos representam um problema de saúde pública e como um desafio global, e a sua notificação é aplicada a todas as metas de segurança. Diante disso, reitera-se a importância da construção de uma cultura de segurança e de aprendizado pelas instituições e profissionais para uma assistência à saúde livre de danos. No Brasil, segundo Souza e Mendes (2019), as falhas de identificação do paciente, erros de administração de medicamentos, falhas nos procedimentos cirúrgicos, infecções relacionadas à assistência, etc., são as causas mais frequentes de eventos adversos.

A notificação de eventos adversos é indicada como ferramenta para nortear mudanças no processo de trabalho e apontar a qualidade do serviço prestado. Ainda, são considerados/utilizados como indicador de resultado (XELEGATI *et al.*, 2011). Esse destaque evidencia que os eventos adversos podem mostrar a magnitude do problema que as falhas assistenciais causam ao sistema de saúde (SIMAN; CUNHA; BRITO, 2017).

A importância desse componente na cultura de segurança nos serviços de saúde acende um alerta na unidade hospitalar avaliada, considerando as dificuldades apontadas para a implementação dessa prática na rotina. As respostas apresentadas nos questionários e o ressaltado na observação direta apontaram que há fragilidade na cultura de segurança. Segundo a RDC 36/2013, cultura da segurança é:

conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013c, p.1).

A cultura de segurança pode ser colocada em prática pela gestão das organizações através da promoção de estímulos e compensações para identificação, notificação e resolução das dificuldades relacionadas à segurança, e também por meio da adoção de uma postura de aprendizado organizacional frente à ocorrência de incidentes (BRASIL, 2013c).

Estudo de Reis, Martins e Laguardia (2013) afirma que 10% dos pacientes internados são atingidos por eventos adversos nos hospitais e esses eventos têm características de eventos adversos evitáveis. Segundo Furini, Nunes e Dallora (2019, [n.p.]), “a ocorrência de EA relacionados à assistência à saúde afete de 4% a 16% de pacientes hospitalizados em países

desenvolvidos”. Além da exposição dos pacientes, os autores referem o grande prejuízo financeiro causado por estes eventos adversos ao sistema de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013). Assim, os profissionais que estão ligados diretamente ao paciente na assistência, como, por exemplo, a enfermagem, estão envolvidos 24 horas na prestação do cuidado e precisam ser orientados e estimulados a trabalhar pela e com segurança do paciente, adotando medidas que reduzam os riscos de danos (CAMPOS; GONZAGA, 2017).

Como observado no presente estudo, esta é outra fragilidade da unidade, uma vez que os profissionais não sentem que a instituição promove mudanças e aprendizados após à notificação de um evento. O objetivo das notificações é justamente identificar as falhas e promover ações que previnam a reincidência de eventos, ou seja, a instituição deixa de trabalhar no modo reativo para promover uma atuação visando à prevenção de danos aos pacientes.

A ocorrência de eventos adversos pode ocasionar vários problemas nos profissionais como, por exemplo: estresse emocional, os preceitos éticos e as punições legais a que está exposto. Reduzir esses danos cabe à instituição, que deve fortalecer e implementar a cultura de segurança de maneira justa a fim de que os eventos adversos tenham um olhar não punitivo, mas construtivo para uma melhor assistência (DUARTE *et al.*, 2015). Cabe salientar aqui que os erros não são causas, mas consequências, por isso a importância de reestruturar o sistema e atuação humana na prestação do cuidado (REASON, 2000).

Um grande desafio para a segurança do paciente é transformar a identificação de erros/falhas em oportunidade de melhoria, pois, atualmente, as notificações ainda são vistas como fracassos pessoais e mantida uma cultura punitiva (PAESE *et al.*, 2013). Para Reis, Martins e Laguardia (2013), a qualidade também é definida pelo grau do serviço prestado, isso quer dizer que, quando uma instituição de saúde trabalha pela segurança do paciente, ela aumenta a probabilidade de resultados favoráveis e diminui os resultados desfavoráveis, que são os eventos adversos.

11.4 COMPONENTE: CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Neste estudo, observamos a necessidade de a instituição avaliada realizar intervenções voltadas à educação e ao redesenho de processos de trabalho. A educação profissional é uma estratégia capaz de melhorar a qualidade dos serviços e o trabalho em equipe. Por meio da educação interprofissional, é possível organizar práticas colaborativas e realísticas, que podem fomentar maior segurança aos pacientes e reduzir eventos adversos, além disso, um processo estruturado e profissionais habilitados para execução geram redução de custos.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente - Portaria 529/2013 e a RDC nº 36/2013 (BRASIL, 2013a, 2013c) recomendam que as instituições de saúde trabalhem a temática de segurança do paciente a fim de que haja uma promoção da cultura de segurança por meio do aprendizado, engajamento profissional e aprimoramento organizacional. A promoção da cultura de segurança também envolve o paciente e a família na prevenção de incidentes, o que torna o sistema mais seguro e evita processos de responsabilização individual (BRASIL, 2013a).

Nesse sentido, o envolvimento da gestão para o desenvolvimento dos profissionais visando potencializar o elo de integração e participação das equipes, é fundamental para que os resultados sejam alcançados. E é por meio da educação continuada que este trabalho pode ser executado, com os treinamentos em serviço, simulações para o desenvolvimento de habilidades, atividades realísticas, os profissionais são envolvidos na ação de cuidar, melhorando a sua comunicação, aprendendo e compartilhando conhecimento; e isso retorna para o paciente com resultado de uma boa assistência (FARIAS *et al.*, 2018).

A implementação da cultura de segurança, desafio que vai além das metas e dos componentes transversais avaliados neste estudo, requer o envolvimento dos profissionais, pacientes e familiares, da alta gestão e o aprendizado permanente para construção de um ambiente seguro. O modelo *Triple Aim* tem sido apontado como instrumento facilitador para discussão junto a esses grupos interessados na ampliação da cultura de segurança nos hospitais (SILVA; REIS, 2016).

Todos os envolvidos são responsáveis pela segurança dos assistidos, isso quer dizer que o profissional, o gestor, o paciente e a família são pilares para a segurança. Além disso, esse valor deve ser colocado acima das metas financeiras e operacionais na pirâmide de prioridades. A segurança do paciente deve perpassar todos os níveis de gestão e precisa ser inserida nas decisões institucionais. Sendo assim, a instituição passa a entender a notificação dos eventos adversos como uma oportunidade de melhoria da qualidade, com encorajamento e recompensa aos profissionais que realizam as notificações e buscam resolver os problemas relacionados à

segurança. Para que a melhoria da assistência aconteça, este aprendizado precisa ser individual e organizacional e, para tanto, requer recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança, sendo isso a base para a manutenção e a implementação das boas práticas (BRASIL, 2013c).

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se, nesta dissertação, que esta instituição de saúde e, em especial, a Unidade de Terapia Intensiva, objeto deste estudo, é uma unidade que tem trabalhado para a implementação das metas de segurança do paciente. Identificou-se que nesta unidade aconteceu um projeto de melhoria da segurança do paciente promovido pelo Ministério da Saúde, no período de 2017 a 2020, que, provavelmente, implementou ações que influenciaram diretamente nos resultados alcançados nesta pesquisa.

A assistência à saúde em unidades de terapia intensiva é sempre complexa, frequentemente fragmentada e com potencial de insegurança. Assim, a implementação de metas claras e baseadas em evidência pode influenciar positivamente na qualidade e na segurança dos processos assistenciais prestados aos pacientes. As publicações científicas utilizadas nesta pesquisa permitiram conhecer a discussão recente sobre o tema, especialmente quanto aos componentes selecionados para a análise: identificação correta do paciente, comunicação efetiva, gerenciamento de risco e capacitação profissional. Os resultados obtidos e analisados demonstraram que ainda é necessário à instituição promover o fortalecimento das boas práticas para a segurança do paciente e a construção de uma cultura de segurança institucional envolvendo os profissionais de todos os níveis hierárquicos para a construção de um ambiente seguro.

Alguns estudos nos permitiram compreender melhor as fragilidades encontradas nos resultados apresentados e, com isso, nos mostrou que, para existir identificação correta do paciente e comunicação efetiva, é necessário apoio e mobilização da alta gestão e dos trabalhadores. Muitos dos pontos que não estão implementados não exigem novos recursos financeiros, mas exige uma mudança de comportamentos e de processos de trabalho para alcance dos resultados almejados.

Nesta pesquisa, foi possível também identificar uma baixa adesão às capacitações promovidas na área da qualidade e segurança dos cuidados. Nesse sentido, recomenda-se a implementação de novos métodos de ensino-aprendizagem, a fim de motivar e envolver um maior número de profissionais de saúde. Concluímos ainda que a instituição necessita fortalecer a capacitação profissional para que os profissionais possam estar capacitados a prestar cuidados com base nas melhores práticas e nas evidências científicas de qualidade.

Conclui-se também que, quanto à implementação da meta de identificação do paciente, a unidade analisada contempla nas suas práticas a grande maioria das ações estabelecidas pela legislação vigente. No que se refere à implementação da meta de comunicação efetiva, esta

ainda é deficitária, em especial na utilização das ferramentas de comunicação e na participação do paciente e da família no processo de cuidado e na tomada de decisão. No que diz respeito ao gerenciamento de risco, em especial para as notificações de eventos adversos, necessita-se estabelecer um sistema de notificação onde os profissionais estejam seguros para retratar os erros cometidos. Iniciativas que promovam a notificação dos eventos adversos e a cultura justa constituem-se uma mais valia para o gerenciamento de riscos, o que vai ao encontro do programa institucional para notificação de eventos adversos em implementação pela SES-DF.

Recomenda-se que os profissionais sejam orientados, envolvidos e encorajados, não só notifiquem os eventos adversos, mas também a participem ativamente na identificação de dificuldades nos processos de trabalho e na proposição de melhorias. Com isso, espera-se que as barreiras para a comunicação, o trabalho em equipe e a prestação de cuidados seguros sejam minimizadas, e até eliminadas, permitindo que o serviço possa oferecer uma assistência de qualidade e segurança aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L. L. *et al.* Enfermagem e metas internacionais de segurança: avaliação em hemodiálise. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45609> Acesso em: 10 out. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.45609>
- AHRQ - AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. User Comparative Database Report: Hospital Survey on Patient Safety Culture. **Agency for Healthcare Research and Quality**, Rockville, MD. March, 2014. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/professionals/qualitypatientsafety/patientsafetyculture/hospital/2014/index.html> Acesso em: 10 out. 2020.
- BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The *Triple Aim*: care, health, and cost. **Health affairs**, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>.
- BISOGNANO, M.; KENNEY, C. **Buscando o Triple Aim na saúde**. [São Paulo]: Atheneu, 2015.
- BOPSIN, P. S.; RIBAS, E. O.; SILVA, D. M. S. (org.). **Guia prático para segurança do paciente**. Porto Alegre: Moriá, 2019.
- BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N 529, de 1 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N 1.377, de 9 de julho de 2013**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Brasília, DF: 25 de julho de 2013c.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz. **Protocolo de identificação do paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Anexo 02, 2013d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implementação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília; DF ANVISA, 2016a.
- BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília; DF, 2016b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília, DF: 168 p., 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência nacional para infecção Humana pelo novo Coronavírus CoVid-19** - Centro de operações de emergência sem saúde Pública /Coe-CoVid-19, Brasília, DF: Ministério da Saúde, fev. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica para Infecção Humana pela COVID-19**. COE/SVS/MS, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Nota Técnica Nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19). 2020c. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04-2020-09-09-2021.pdf Acesso em: 04 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde / SAPS. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na atenção Primária à saúde**. Brasília, DF: Versão 8, p. 3-30, maio. 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para manejo de pacientes com covid-19**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica : emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M. de A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 19, n.3, p. 467 – 474. 2015.

CALDANA, G. *et al.* Rede Brasileira De Enfermagem E Segurança Do Paciente: Desafios E Perspectivas. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-911, Sept. 2015.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 5, p.63-69, 2005.

CAMPOS, N. P. dos S.; GONZAGA, M. F. N. O papel do enfermeiro na prevenção de erros e eventos adversos na assistência da equipe de saúde. **Revista Saúde em Foco**. [s.l.]. v.9, [s.n.], 2017.

CHAMPGNE, F. *et al.* A análise estratégica. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: editor Fiocruz, 2011.

COREN SP – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **10 passos para a segurança do paciente**, Rede Brasileira de enfermagem e segurança do paciente – REBRAENSP – POLO. São Paulo, 2010.

COSTA, M. M. M. **Efeitos de um ciclo de melhoria da qualidade nacional aplicado à estruturação das ações de prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde em hospitais brasileiros**. 125 f. 2016. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços da Saúde, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2016.

DASA. Dados COVID-19 coletados até 12 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://dadoscoronavirus.dasa.com.br/> Acesso em: 04 jan. 2022.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v.114, n. 11, p.1115-1118, 1990.

DUARTE, *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [s.l.], v. 68, n.1, p. 144-154. 2015.

FARIAS, P.G. *et al.* Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. [s.l.], v.4, nº 3, p. 139-154. 2018.

FRIAS *et al.* Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, I. *et al.* (org.) **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro, Medbook, p.43-56. 2010.

FURINI, Aline Cristina Andrade; NUNES, Altacílio Aparecido; DALLORA, Maria Eulália Lessa do Valle. Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2019, v. 40, [s.n.]. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>.

GDF - GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde. Portaria SES-DF Nº 27 de 15/01/2019, publicada no DODF Nº 17 de 24/01/2019. **Protocolo de Atenção à Saúde Segurança do Paciente: identificação do usuário**. 2019a.

GDF - GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde. Portaria SES-DF Nº 31 de 16.01.2019, publicada no DODF Nº 17 de 24.01.2019. **Protocolo de Atenção à Saúde Segurança do paciente: comunicação efetiva**. 2019b.

GDF - GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus | COVID-19**, Versão 05, Brasília, DF, 2020a.

GDF - GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de Contingência para Epidemia da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) do Distrito Federal**, Brasília, DF, 2020b.

GDF - GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde. **Boletins Informativos sobre a Covid-19 no Distrito Federal – (SVS/DIVEP)**, Brasília, DF, 2020c.

GDF - GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Estado de Saúde. **Boletins Informativos sobre a Covid-19 no Distrito Federal – (SVS/DIVEP)**, Brasília, DF, 2021.

GIRARDI, C. *et al.* Adesão à identificação do paciente em hospital universitário público. **Revista Adm. Saúde**. [s.l.], v. 18, nº 70, 2018. doi: [//dx.doi.org/10.23973/ras.70.70](https://dx.doi.org/10.23973/ras.70.70)

HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 36-43, fev. 2015.

IBSP – INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURA DO PACIENTE. **Enfermagem** – comunicação eficiente na troca de turno é crucial para a segurança do paciente. Instituto Brasileiro para Segura do Paciente, 2020. Disponível: <https://segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/enfermagem-comunicacao-eficiente-na-troca-de-turnos-e-crucial-para-a-seguranca-do-paciente/> Acesso em: 20. nov. 2021.

IHI – INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT. Disponível em: www.ihp.org Acesso em: 20. nov. 2021.

LANGLEY, G. J. *et al.* **Modelo de melhoria**. Tradução Ademir Petenate. Campinas - SP: Mercado de Letras, 2011.

LIMA, A. P. **Impacto psicológico do isolamento social no enfrentamento ao coronavírus covid-19** - um estudo brasileiro. 77 f. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo. 2021. Disponível: <https://bibliotecatede.uninove.br/bitstream/tede/2479/2/Anderson%20Pacheco%20Lima.pdf>. Acessado em: 10 dez. 2021.

LOTTENBERG, C. *et al.* **A revolução digital na saúde**: como a inteligência artificial e a internet das coisas tornam o cuidado mais humano, eficiente e sustentável. São Paulo: Editora dos Editores. 2019.

MACEDO *et al.* Identificação do paciente por pulseira eletrônica numa unidade de terapia intensiva geral adulta. **Revista de enfermagem**, [s.l.], série IV, nº 13. 2017. doi: <https://doi.org/10.12707/Riv16087>

MENDES, W. *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 59, n. 5, p. 421-428, 2013.

MENDES, W. *et al.* The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**. [s.l.], v.21, n.4, 2009.

MOREIRA, F. T. L. S. *et al.* Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v.40, [n.p.], 2019.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v.20, n. 3, 2015.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**. [s.l.], v. 18, n. 1, 2014. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. **Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente**: relatório técnico final. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. 2011. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>. Acessado em: 10 dez. 2021.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Segundo desafio para segurança do paciente**: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia da OMS). Rio de Janeiro, 2010.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde**. Medicação sem Danos (Infográfico). PROQUALIS/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2017.

PAESE, F.; SASSO, G.T.M.D. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**. [s.l.], v. 22, n. 2. 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200005>

PORTELA, M. C. *et al.* Ciência da Melhoria do Cuidado de Saúde: bases conceituais e teóricas para a sua aplicação na melhoria do cuidado de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. [s.l.], v. 32, p. e00105815, 2016.

REASON, J. Erro humano: modelos e gestão. **BMJ** (Clinical research ed.), [s.l.], v. 320, n.7237. 2000. doi:10.1136/bmj.320.7237.768

REBRAENSP - REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. Estratégias para a segurança do paciente: **manual para profissionais da saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 132 p., 2013.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & saúde coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 7, p. 2029-2036, 2013.

REIS, G. A. X. *et al.* Percepções do enfermeiro gerente sobre a implementação da estratégia de segurança do paciente. **Texto & Contexto-Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 2, 2017.

RIGOBELLO, M. C. G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 5, p. 728-735, 2012.

SANTOS, J. S. *et al.* Segurança do paciente em unidades brasileiras de médio e alto riscos: revisão sistemática de literatura. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s.l.], v. 9, 2019.

SILVA, A. de; REIS, A.L. *Triple Aim*: estratégia para melhorias nos sistemas de saúde. **Revista Acreditação**, [s.l.], v. 6, n.11, p.109-123. 2016.

SIMAN, A. G. *et al.* Desafios da prática na segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 6, 2019.

SIMAN, A. G.; CUNHA, S. G. S.; BRITO, M. J. M. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 51, 2017.

SIQUEIRA-FILHA, N. T.; VANDERLEI, L. C. M.; MENDES, M. F. M. Avaliação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar no Estado de Pernambuco, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 20, n. 3, p. 307-316, 2011.

SOUSA P.; MENDES W. (org). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. v. 2. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.

SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Editora: Fiocruz, 2019.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. Avaliação normativa: utilizando indicadores de produção para analisar um hospital no contexto do sistema local e regional de saúde. **Rev. adm. saúde**, [s.l.], p. 63-74, 2009.

TASE, *et al.* A identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha Enfermagem**, [s.l.], v.34, n.2. 2013

TASE, T. H.; TRONCHIN, D. M. R. Sistemas de identificação de pacientes em unidades obstétricas e a conformidade das pulseiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 28, n. 4, p. 374-380, 2015.

VENTURA-SILVA, João *et al.* Identificação do paciente como estratégia de segurança. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [s.l.], v. 14, jul. 2020. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245056>.

VIEIRA, *et al.*; A identificação de paciente no alcance de práticas seguras: concepções e práticas. **Revista enfermagem atual in derme – Especial**; v.87, p.1-8. 2019

WORTHEN, B. R. Identificação e seleção de perguntas e critérios de avaliação. *In*: WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas** – São Paulo: Editora Gente, 2004.

XELEGATI *et al.* Desenvolvimento de ambiente virtual de aprendizagem em eventos adversos, em enfermagem. Ver. Latino – **Am. Enfermagem**. [s.l.], v.19, n.5 [08 telas]. 2011

ZIMMERMANN, Ivan *et al.* Demanda por leitos de UTI pela COVID-19 no Distrito Federal, Brasil : uma análise do impacto das medidas de distanciamento social com simulações de Monte Carlo. **SciELO Preprints**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.574>.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

DISSERTAÇÃO: Estudo de Avaliação Normativa da Segurança do Paciente em tempo de Pandemia COVID-19 em um hospital público da Região de Saúde Sul do DF

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

1. Nome do Serviço ou Unidade de Saúde: Hospital Regional do Gama	
2. Data: ___/___/___	
Para as perguntas abaixo, favor marcar sua opção no quadrado ao lado, as perguntas sinalizadas por () poderão ter mais de uma resposta	
3. Cargo: () Auxiliar de Enfermagem/ Téc. de Enfermagem () Fisioterapia () Enfermeiro () Psicologia () TO () Téc. Administrativo () Médico () Odontologia () Outro: _____	4. Sexo: 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino <input type="checkbox"/>
5. Tempo de formação:	6. Tempo de atuação no setor:
<p><i>Alguns conceitos que podem auxiliá-lo (a) a responder o questionário:</i></p> <p>Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde (RDC 36/2013).</p> <p>Evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde (RDC 36/2013).</p> <p>Identificação correta do paciente: é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele seja destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de danos decorrentes de erros, muitas vezes, evitáveis (SESDF;2019).</p> <p>Comunicação: É uma habilidade humana que torna possível a manifestação e exteriorização do que se passa interiormente. Uma das exigências para a assistência de qualidade é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitir e receber informações de forma clara e correta (MASSOCO, MELLEIRO; 2015).</p>	

<i>Identificação correta do paciente</i>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica/ Resposta em branco
1. A identificação do paciente é para melhorar a segurança do paciente e a redução dos erros durante a prestação do cuidado ou qualquer tipo de assistência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Existe procedimento (Norma Instrutiva/POP/Política Institucional) que formaliza a identificação do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Todos os pacientes internados possuem algum tipo de identificação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nesta instituição há uma padronização para a colocação da pulseira de identificação do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Existe padronização de identificação no setor para todos os documentos, exames e conteúdos relativos ao paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No protocolo de identificação correta do paciente e na rotina implementada nesta unidade há orientação promover a assistência segura aos pacientes homônimos e para os não identificados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os insumos (pulseira, placas) são prontamente disponíveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os insumos / materiais disponíveis para a realização da identificação correta dos pacientes são de boa qualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os pacientes/família são envolvidos e orientados sobre o propósito dos identificadores descritos na pulseira e da necessidade da conferência da identificação do paciente antes da prestação do cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pacientes que permanecem por longo período de internação a pulseira é trocada periodicamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Quando a pulseira é danificada (rompimento acidental ou retirada por necessidade ocasionada por alguns procedimentos/ tratamentos), é solicitada a substituição imediata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Há recusa/dificuldades impostas pelos profissionais de saúde para realizar a identificação do paciente com a pulseira.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O uso da pulseira de identificação pode ser considerado como barreira para prevenção de incidente no serviço de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente são notificadas ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A identificação correta do paciente é valorizada nesta unidade/instituição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Em que momento é colocado a identificação do paciente?	17. Quais as informações estão presentes na identificação do paciente utilizada em seu setor/instituição?
1. Recepção ()	1. Nome completo ()
2. Na unidade assistencial ()	2. Data de Nascimento ()
3.Outros/Especificar:	3. Idade ()
	4. Sexo ()
Quem emite as pulseiras?	5. Número do registro hospitalar ()
1. Enfermeiro ()	6. Nome da mãe ()
2. Médico ()	7. Número do quarto/ enfermaria/ leito ()
3. Técnico Administrativo ()	8.Outros/Especificar:
4. Técnico/ auxiliar de enfermagem ()	
5. Técnico administrativo ()	
18. Nesta unidade quais as situações que é permitido o paciente ficar sem pulseira de identificação?	19. Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre o processo de identificação do paciente utilizado no setor em que você trabalha.
1. Queimados ()	
2. Anasarca ()	
3. Psiquiátricos ()	
4. Lesões cutâneas ()	
5. Fragilizados ()	
6.Outros/Especificar:	

<i>Comunicação efetiva</i>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica/ Resposta em branco
1. A comunicação efetiva é uma meta institucional para a segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.As ferramentas e os comportamentos padronizados na busca da comunicação efetiva ajudam o trabalho em equipe e reduz riscos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Todos os cuidados prestados aos pacientes nesta unidade são registrados no prontuário de maneira cronológica, com informações claras e completas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.A comunicação segura, assertiva e em tempo é um objetivo comum para os profissionais da equipe multidisciplinar desta unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A complexidade do cuidado, a diversidade na formação profissional, efeito da hierarquia, número inadequado de profissional, fadiga, estresse, distrações, capacidade limitada de realizar tarefas múltiplas são fatores que podem influenciar a comunicação entre a equipe e na unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Todos os incidentes envolvendo falha de comunicação são notificados ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>7. Em uma escala de 0 a 10 como a comunicação do seu setor tem influenciado suas atividades laborais*:</p> <p>1. De 0 a 6 ()</p> <p>2. De 7 a 8 ()</p> <p>3. De 9 a 10 ()</p> <p>4. Não sabe ()</p> <p>*Escala NSP</p>	<p>8. Quais ferramentas você utiliza no seu ambiente para realizar a comunicação efetiva?</p> <p>1. Passagem de plantão ()</p> <p>2. Protocolos assistenciais ()</p> <p>3. Visita multidisciplinar a beira-leito com definição de meta diária para cada paciente ()</p> <p>4. Lista de verificação (Check list) ()</p> <p>5. Briefings, call-outs e cross-check ()</p> <p>6. SBAR ()</p> <p>7. Registro em prontuário ()</p> <p>8. Livro ATA ()</p> <p>9. Não sabe ()</p> <p>10. Não utiliza nenhuma das opções ()</p>
<p>9. Em sua opinião, como classifica a comunicação efetiva junto ao paciente e a família.</p> <p>1. Péssimo <input type="checkbox"/></p> <p>2. Ruim <input type="checkbox"/></p> <p>3. Regular <input type="checkbox"/></p> <p>4. Bom <input type="checkbox"/></p> <p>5. Excelente <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Qual a sua opinião a comunicação em seu setor de trabalho é?</p> <p>1. Péssimo <input type="checkbox"/></p> <p>2. Ruim <input type="checkbox"/></p> <p>3. Regular <input type="checkbox"/></p> <p>4. Bom <input type="checkbox"/></p> <p>5. Excelente <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Em sua opinião o estabelecimento de comunicação efetiva no ambiente de trabalho favorece:</p> <p>1. Trabalho em equipe ()</p> <p>2. Redução de erros ()</p> <p>3. Proximidade da equipe com os pacientes e familiares ()</p> <p>4. Responsabilização ()</p>	<p>10 (cont.). Qual a sua opinião a comunicação em seu setor de trabalho?</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>

<i>Notificação de Evento Adverso</i>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica/ Resposta em branco
1.Neste setor/instituição existe um sistema de notificação de eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Nesta instituição existe uma cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Nesta instituição existe uma cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.O sistema de notificações de eventos adversos adotado pela instituição me deixa seguro para realizar a notificação de falhas decorrentes da prestação do cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Sinto-me culpado dentro da unidade quando recebo uma notificação de evento adverso ou estou envolvido em uma falha assistencial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me seguro de contar ao paciente e a família quando uma falha assistencial acontece decorrente da prestação do meu cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Considero que o gerenciamento de risco favorece a cultura de segurança e a melhoria dos processos de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No cotidiano laboral enfrento dificuldades para a realização de um cuidado seguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Capacitação profissional</i>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica/ Resposta em branco
1.Recebi orientações/ capacitações sobre segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Recebi orientações/capacitações sobre os protocolos para a Segurança do Paciente – Meta 01 Identificação Correta do Paciente e Meta 02 Comunicação Efetiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.As orientações/capacitações recebidas sobre a Meta 01 – Identificação correta do paciente e Meta 02 Comunicação Efetiva influenciaram/influenciam na condução que adoto para a prestação da assistência à saúde dos pacientes sob minha responsabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No setor em que trabalho são adotadas condutas padronizadas para a Segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Por meio dos treinamentos foram estabelecidas barreiras para prevenção de incidentes no serviço de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Os treinamentos possibilitaram o envolvimento dos profissionais nas ações de segurança do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO DIRETA E CONSULTA DOCUMENTAL



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Identificação													
Hospital: _____ Unidade: _____ Nº de leitos _____													
Perfil de atendimento da unidade: _____													
Número de internações:													
2020	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Ju n	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2021	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Ju n	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Número de Altas:													
2020	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Ju n	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2021	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Ju n	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Número de óbitos													
2020	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Ju n	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
2021	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Ju n	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Obs:													
Matriz de análise e julgamento													
Item	Descrição	Atende	Atende parcialment e	Não atende	Não se aplica	Observação							
1	Presença dos insumos conforme programado												
2	Proporção dos insumos disponibilizados pela SES/DF												
3	Presença de equipamentos apropriados												
4	Adequação dos recursos materiais* na unidade de assistência ao COVID-19												
5	Adequação do número de profissionais - equipe multidisciplinar na UTI para o atendimento em período pandêmico e não pandêmico												

6	Presença de sinalização para comunicação da equipe multidisciplinar					
7	Presença de alertas visual para riscos existentes					
8	Instituição da pulseira de identificação					

Item	Descrição	Atende	Atende parcialmente	Não atende	Não se aplica	Observação
9	Paciente com pulseira e placa de identificação beira-leito					
10	Definição de indicadores de identificação - nome completo e a data de nascimento					
11	Conferência da identificação antes da prestação de cuidado e administração de medicamento, hemocomponentes, dietas, etc.					
12	Adesão a identificação segura					
13	Presença de ferramentas para comunicação eficaz entre equipe multiprofissional e pacientes.					
	1.Passagem plantão					
	2.Protocolos assistenciais					
	3.Visita multidisciplinar beira-leito com meta diária para cada paciente					
	4.Verificação (Check list)					
	5.Briefings, call-outs e cross-check					
	6.SBAR					
	7.Registro em prontuário					
8. Livro ATA						
14	Implementação de Passagem de plantão					
15	Instituição de quadro de metas diárias para cada paciente					
16	Implementação de visita multidisciplinar					
17	Implementação de prescrições verbais com uso de telefone					
18	Implementação de prescrições verbais em urgência					
19	Presença de ferramenta de notificação					
20	Regularidade de notificação no SNVS					

21	Presença de protocolos de segurança do paciente					
22	Realização de busca ativa					
23	Uso de ferramentas de qualidade para análise e investigação					
24	Elaboração de plano de ação em conjunto com os setores envolvidos					
25	Nº de relatórios elaborados					
26	Nº de reuniões realizadas para divulgação dos dados					
27	Existência de processo de educação permanente dos acompanhantes					
Item	Descrição	Atende	Atende parcialmente	Não atende	Não se aplica	Observação
28	Capacitações realizadas					
29	Número de profissionais capacitados					
30	Quantidade de protocolos divulgados					
31	Nº de Eventos adversos por falha de identificação					
32	Pacientes conhecedores, envolvidos e participativos colaborando para identificação de falhas.					
33	Família envolvida na assistência					
34	Adequação superior a 90% a visita do órgão fiscalizador (GERIS – VISA DF)					

Auditoria Interna					
Descrição	Atende	Atende parcialmente	Não atende	Não se aplica	Observação
Conforme a RDC 36/2013 art 8º inciso IV, Portaria nº 2095/2013 anexo 2 itens 4.1, 4.3, 5.1,5.2,6.1 Protocolo de identificação do paciente					
Conforme a RDC 36/2013 art 8º inciso XV , RDC 63/2011 art 24, art 26, art 27 Protocolo de comunicação efetiva					
RDC 36/2013 art 7º inc VIII Treinamentos em segurança do paciente					
RDC 36/2013 art 7º inc XI Notificação de eventos adversos					
A Instituição possui procedimento interno padronizado para comunicação de resultados críticos (observar um comunicado, ou buscar um resultado					

crítico no laboratório e checar no prontuário do paciente.					
Nas comunicações recebidas por telefone, anota-se o conteúdo e o mesmo é relido em voz alta (Read Back) para confirmação do entendimento (observar um comunicado).					
A informação recebida por telefone e a conduta são registradas no prontuário do paciente (buscar em prontuário).					
A Instituição possui instrumento para troca de plantão (observar o processo e o instrumento preenchido)					
Alterações ou intercorrências são comunicados no instrumento de passagem de plantão					

Descrição	Atende	Atende parcialmente	Não atende	Não se aplica	Observação
Diagnóstico novo, mudanças de condutas e/ou plano de cuidado são informados no instrumento de passagem de plantão					
Dispositivos, curativos e terapêuticas específicas são informados no instrumento de passagem de plantão					
Alergias do paciente são informadas no instrumento de passagem de plantão					
A Instituição possui instrumento para transferência interna de pacientes					
O prontuário do paciente atualizado diariamente com evoluções, anotações e prescrição médica.					
Organizar o plano de cuidados em torno das necessidades individuais de cada paciente (Metas diárias)					
Capacitar a equipe assistencial quanto às diretrizes de segurança dos medicamentos potencialmente perigosos: preparo, administração e monitorização					
Estabelecer método para o registro, integração e avaliação dos sinais vitais, predizendo o risco de deterioração					
É utilizado pulseira de identificação ou outra estratégia para identificação do paciente?					
Os pacientes são identificados no momento da admissão na instituição (hospital dia, internação ou emergência)?					
São utilizados pelo menos dois identificadores para identificar os pacientes?					

São utilizados as características físicas mais relevantes e o número do prontuário como identificadores para os pacientes que não possuem sua identidade disponível ou informação do nome completo no momento da admissão?					
A instituição possui rotina definida para identificar os pacientes que não possam utilizar a pulseira de identificação?					
Os pacientes/acompanhantes são orientados quanto à necessidade de conferência dos dois identificadores antes da realização de qualquer cuidado/procedimento?					
A identificação do paciente é conferida antes da administração de sangue ou hemoderivados?					
A identificação do paciente é conferida antes da administração dos medicamentos?					
Descrição	Atende	Atende parcialmente	Não atende	Não se aplica	Observação
A identificação do paciente é conferida antes da coleta de material para exames?					
A identificação do paciente é conferida antes da entrega da dieta?					
A identificação do paciente é conferida antes da realização de procedimentos invasivos?					
É realizada análise crítica e planejamento de ações dos resultados do indicador do número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente?					
É coletado o indicador: Proporção de pacientes com pulseiras ou outra forma de identificação padronizadas entre os pacientes atendidos na instituição?					
É realizada análise crítica e planejamento de ações dos resultados do indicador de proporção de pacientes com pulseiras ou outra forma de identificação padronizadas entre os pacientes atendidos na instituição?					
Quais os protocolos de segurança disponíveis? <input type="checkbox"/> Identificação do paciente <input type="checkbox"/> Comunicação efetiva <input type="checkbox"/> Uso seguro de medicamentos <input type="checkbox"/> Cirurgia Segura <input type="checkbox"/> Higienização das mãos <input type="checkbox"/> Prevenção de queda <input type="checkbox"/> Prevenção de lesão por pressão					

Outros: _____					
–					
Estão disponíveis os relatórios de investigação e análise dos casos notificados? () Sim () Não					
Existem na unidade instrumentos para aplicação das ferramentas de qualidade? () Sim: [] Diagrama de Ishikawa [] PDCA [] FMEA [] Brainstorming [] 5W2H [] Outras:					
Identifica e gerencia os indicadores de processo (descrição e análise).					
Identifica e gerencia os indicadores de resultado (descrição e análise).					
Gerencia os protocolos aplicados no setor (indicador).					
Realiza o gerenciamento dos eventos adversos e não conformidades do setor e compartilha com a equipe multidisciplinar.					
Realiza análise dos óbitos de forma multidisciplinar e implanta as oportunidades de melhorias.					
Programação de Educação Continuada contemplando no mínimo (Com registro com data, carga horária e lista de participante):					
Descrição	Atende	Atende parcialmente	Não atende	Não se aplica	Observação
1) Normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade					
2) Gerenciamento de Riscos					
3) Metas de segurança do paciente					
4) Prevenção e Controle de IRAS					
5) Ao ser admitido na UTI os profissionais recebem capacitação e realizam a leitura dos POP's e rotinas setoriais					
Capacitação para o paciente e família (Com registro com data, carga horária e lista de participante):					
Descrição	Atende	Atende parcialmente	Não atende	Não se aplica	Observação
1) Rotina da Unidade					
2) Segurança do paciente					
3) Redução de eventos adversos e notificação de eventos					
4) Redução de infecção – Higiene das mãos					

APÊNDICE C – MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO (COMPLETA)

META 01 – Identificação correta do paciente							
Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
Estrutura	EPI, Pulseiras	Presença dos insumos conforme programado	Presente ou ausente	5	Sim = 5 Não = 0	Almoxarifado	Observação direta
			Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
		Proporção dos insumos disponibilizados pela SES/DF	Presente ou ausente	5	Sim = 5 Não = 0	Almoxarifado	Observação direta e consulta a documento.
	Equipamentos	Presença de equipamentos apropriados	Presente ou ausente	5	Sim = 5 Não = 0	Gerência de Apoio Operacional Especializado	Observação direta e consulta a documento.
	Recursos Materiais	Adequação dos recursos materiais* para assistência ao COVID-19	Conforme ou Não	5	Sim = 5 Não = 0	Núcleo de Farmácia Almoxarifado	Observação direta e consulta a documento
		Nº de profissionais - equipe multidisciplinar na UTI para o atendimento em período pandêmico e não pandêmico	Conforme ou Não	5	Sim = 5 Não = 0	Gerência de pessoas	Observação direta e consulta a documento
	Sinalização visual do fluxo institucional	Presença de sinalização para comunicação da equipe multidisciplinar	Presente ou ausente	5	Sim = 5 Não = 0	Almoxarifado	Observação direta
	Alerta visual na triagem do paciente	Presença de alertas visual para riscos existentes	Presente ou ausente	5	Sim = 5 Não = 0	Gerência de Apoio Operacional Especializado	Observação direta e consulta a documento.

META 01 – Identificação correta do paciente							
Componentes Estrutural	CrITÉRIOS	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
Processo	Identificação do paciente	Instituição da pulseira de identificação	Sim ou Não		Sim = 5	Gerência de enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI)	Observação direta e consulta a documento
					Não = 0	Núcleo de qualidade e Segurança do Paciente	
			Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
			Conforme o número de opções assinaladas	5	Questão 18, Nenhuma opção = 5; Uma ou + opções = 0	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
		Paciente com pulseira e placa de identificação beira-leito	Presente ou ausente	5	Sim = 5	Núcleo de qualidade e Segurança do Paciente	Observação direta e consulta a documento
					Não = 0		
		Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário	
		Definição de identificadores de identificação - nome completo e a data de nascimento	Conforme ou Inconforme	Acima de 90%	0 a 89 % = 0	Gerência de enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI)	Observação direta e consulta a documento
					90 a 100% = 5 pontos		
		Conforme o número de opções assinaladas	5	2 das 4 opções corretas de resposta = 5	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário	
		Conferência da identificação antes da prestação de cuidado	Conforme ou Inconforme	Acima de 90%	0 a 89 % = 0	Gerência de enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI)	Observação direta e consulta a documento
					80 a 100% = 5 pontos		

META 01 – Identificação correta do paciente							
Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
			Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
Resultado	Assistência ao paciente ao qual se destina, sem erros de identificação	Adesão a identificação segura	Conforme ou Inconforme	Acima de 90%	0 a 79 % = 0 90 a 100% = 5 pontos	Gerência de enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI) Núcleo de qualidade e Segurança do Paciente	Observação direta e consulta a documento
			Concordo totalmente a discordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
		Nº de Eventos adversos por falha de identificação	Existe Notificações de eventos adversos	5	Sim = 5	Sistema de notificação	Consulta documental
					Não = 0		
Cultura de segurança	Importância da identificação correta do paciente	Percepção da relevância da identificação correta	Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
		Percepção de valorização da meta na unidade	Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
META 02 – Comunicação Efetiva entre os profissionais							
Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
Estrutura	Ferramentas de comunicação	Presença de ferramentas para comunicação eficaz entre equipe e pacientes	Presente ou ausente	5	Se não possuir nenhuma opção = 0 pontos 1 a 3 opções = 1 ponto	Gerencia de Enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI)	Observação direta e consulta a documento
		1.Passagem plantão					
		2.Protocolos assistenciais					
		3.Visita multidisciplinar beira-leito com meta diária para cada paciente					

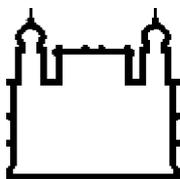
META 02 – Comunicação Efetiva entre os profissionais							
Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
Estrutura	Ferramentas de comunicação	4.Verificação (Check list)	Presente ou ausente	5	4 a 5 opções = 3 pontos	Gerencia de Enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI)	Observação direta e consulta a documento
		5.Briefings, call-outs e cross-check					
		6.SBAR					
		7.Registro em prontuário					
	8. Livro ATA	Conforme número de opções assinaladas	5	Nenhuma opção = 0 pontos	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário	
							1 a 3 opções = 1 pontos
							4 a 5 opções = 3 pontos
							6 a 8 opções = 5 pontos
Processo	Implementação de ferramentas para equipe multiprofissional e pacientes	Implementação de Passagem de plantão	Implantado ou Não implantado	5	Sim = 5	Gerencia de Enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI)	Observação direta e consulta a documento
					Não = 0		Aplicação de questionário
		Instituição de quadro de metas diárias para cada paciente	Implantado ou Não implantado	5	Sim = 5	Gerencia de Enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI)	Observação direta e consulta a documento
					Não = 0		Aplicação de questionário
		Implementação de visita multidisciplinar	Implantado ou Não implantado	5	Sim = 5	Gerencia de Enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI)	Observação direta e consulta a documento
					Não = 0		Aplicação de questionário
	Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário		
	Implementação de protocolos para prescrições verbais	Implementação de prescrições verbais com uso de telefone	Implantado e Não implantado	5	Sim = 5	Gerencia de Enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI)	Observação direta e consulta a documento
					Não = 0		Aplicação de questionário
		Implementação de prescrições verbais em urgência	Implantado e Não implantado	5	Sim = 5		
					Não = 0		

META 02 – Comunicação Efetiva entre os profissionais							
Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
Resultado	Melhoria da interação entre paciente e profissional de saúde	Pacientes conhecedores, envolvidos e participativos colaborando para identificação de falhas	Implantado ou Não implantado	5	Sim = 5	Gerencia de Enfermagem (Supervisão de enfermagem da UTI)	Observação direta e consulta a documento
					Não = 0		
			Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
Cultura de segurança	Importância da comunicação efetiva	Percepção dos benefícios da comunicação efetiva	Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
			Conforme número de opções assinaladas	5	1 opção=2 pt; 2 opções=3 pt; 3 opções=4 pt, 4 opções=5 pt; nenhuma opção= 0 pt		
		Fatores que influenciam a comunicação efetiva	Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
		Percepção da qualidade da comunicação na unidade	Péssimo a Excelente	5	Péssimo=1, ruim=2, regular=3, bom=4, Excelente=5	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
Eventos Adversos/ Gestão de Risco							
Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
		Presença de ferramenta de notificação	Presente ou ausente	5	Sim = 5	Sistema interno de notificação	Observação direta e consulta a documento
			Discordo totalmente a Concordo totalmente		5		

Eventos Adversos/ Gestão de Risco								
Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta	
Processo	Notificações de eventos adversos, monitoramento sistemático, análise e comunicação de Evento Adverso	Regularidade de notificação no SNVS	Conforme ou Inconforme	5	Sim = 5 Não = 0	NOTIVISA Sistema interno de notificação	Observação direta e consulta a documento	
			Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário	
		Presença de protocolos de segurança do paciente	Presente ou ausente	5	Sim = 5 Não = 0	Documentos publicados	Observação direta e consulta a documento	
			Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário	
		Realização de busca ativa	Existência de rotina	5	Sim = 5 Não = 0	Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente Prontuário eletrônico do paciente	Observação direta e consulta a documento	
			Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário	
		Uso de ferramentas de qualidade para análise e investigação	Existência de ferramentas de qualidade	5	Sim = 5 Não = 0	Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente	Observação direta e consulta a documento	
		Elaboração de plano de ação em conjunto com os setores envolvidos	Elaboração dos planos de ação e monitoramento	5	Sim = 5 Não = 0	Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente	Observação direta e consulta a documento	
			Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário	
		Divulgação periódica dos indicadores e a incidência das notificações	Nº de relatórios elaborados	Presente ou ausente	5	5 pt se > relatórios mensais 2 pt se relatórios bimestrais 1 pt se relatórios trimestrais "0 pt se não houver"	Relatórios elaborados	Consulta a documento

Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
Processo	Divulgação periódica dos indicadores e a incidência das notificações	Nº de reuniões realizadas para divulgação dos dados	Presente ou ausente	5	5 pt se > 4	Atas de Reunião e Lista de presença	Consulta a documento
					2 pt se > 2		
					1 pt < 2		
					"0 pt se não houver"		
Cultura de segurança	Promoção de ambiente e cultura de segurança	Percepção de cultura punitiva	Concordo totalmente a discordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
		Percepção de ambiente de segurança	Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
			Concordo totalmente a discordo totalmente	5	*		
		Capacitação Profissional					
Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
Processo	Engajamento dos acompanhantes e pacientes no seguimento das medidas preventivas	Existência de processo de educação permanente dos acompanhantes	Existe ou não existe	5	Sim = 5	Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente	Observação direta e consulta a documento
					Não = 0		
	Engajamento dos acompanhantes e pacientes no seguimento das medidas preventivas	Envolvimento dos pacientes e familiares	Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
			Péssimo a Excelente	5	*		
	Promoção de processos de capacitação profissional sobre segurança do paciente	Capacitações realizadas	Sim ou não	5	Sim = 5	Núcleo de Educação Permanente em saúde	Consulta a documento
					Não = 0	Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente	Aplicação de questionário
		Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário	

Capacitação Profissional							
Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
Processo	Engajamento profissional seguimento das medidas preventivas	Número de profissionais capacitados	Acima de 80%	5	0 a 79 % = 0 80 a 100% = 5 pontos	Núcleo de Educação Permanente em saúde	Consulta a documento
						Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente	Aplicação de questionário
	Elaboração protocolos conforme normas e recomendações	Quantidade de protocolos divulgados	Presente ou ausente	5	Sim = 5	Núcleo de Educação Permanente em saúde	Consulta a documento
					Não = 0	Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente	Aplicação de questionário
Cultura de segurança	Importância da capacitação profissional	Percepção dos benefícios das capacitações	Discordo totalmente a Concordo totalmente	5	*	Profissionais de saúde da UTI	Aplicação de questionário
Resultados Intermediários							
Componentes Estrutural	Critérios	Indicador	Parâmetro	Valor máx.	Descrição ou ponto de corte*	Fonte de dados	Técnica de coleta
Resultados	Satisfação do paciente e da Família	Família envolvida na assistência	Sim ou não	5	Sim = 5 Não = 0	Unidade de terapia intensiva	Observação direta e Consulta documental
	Cumprimento do protocolo e garantir a prestação de assistência segura aos pacientes	Adequação superior a 90% a visita do órgão fiscalizador (GERIS – VISA DF)	Acima de 90%	5	0 a 89 % = 0 90 a 100% = 5 pontos	Relatório de inspeção sanitária GERIS - VISADF	Observação direta e Consulta documental

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa **Estudo de Avaliação Normativa da Segurança do Paciente em tempo de Pandemia COVID-19 em um hospital público da Região de Saúde Sul do DF**, desenvolvida por Rayanne Cristina Araújo Balbino, discente de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), sob orientação da professora Dr^a Ana Cláudia Figueiró e Msc. Louise V. Hoffmeister.

O objetivo central do estudo é avaliar a Segurança do Paciente, especificamente as metas de identificação correta do paciente e de comunicação efetiva, entre os profissionais de saúde em tempo de pandemia COVID- 19 e conhecer se os cuidados ofertados aos pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19 foram de qualidade e seguros.

O convite à sua participação se deve por você ser servidor público, pertencente às categorias de profissionais de saúde (médico (a), enfermeiro (a), técnicos/auxiliares de enfermagem, psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Odontólogo, Técnico administrativo), lotado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Gama e por sua prestação da assistência ao paciente com quadro clínico suspeito ou confirmado para COVID-19 durante a Pandemia.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro estruturado em formato de questionário autoaplicável de quarenta e quatro (44) questões, sendo dezenove (19) questões sobre: Meta 01 - identificação correta do paciente, onze (11) referente a Meta 02 - comunicação efetiva entre os profissionais, oito (8) questões sobre o gerenciamento de risco e seis (06) sobre as capacitações em saúde. O tempo de duração para preenchimento do questionário será de aproximadamente 30 (trinta) minutos.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, sendo apenas necessário entrar em contato com a pesquisadora. Você

não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material coletado será armazenado em local seguro sob responsabilidade da pesquisadora.

Este estudo não oferecerá nenhum pagamento aos participantes, uma vez que a abordagem, a entrega e a coleta dos questionários acontecerá em seu local de trabalho. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, de acordo com a legislação brasileira.

O benefício relacionado à sua colaboração nesta pesquisa é o de nortear a pesquisadora na elaboração da devolutiva a alta gestão local para intervenções ou fortalecimento nas questões relacionadas a qualidade e a segurança dos serviços prestados neste Hospital. Além disso, as respostas obtidas poderão mensurar se nesta instituição o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) está implementado de acordo com as legislações vigentes proporcionado assim aos pacientes uma melhor experiência e a segurança durante os processos de cuidar.

Os riscos identificados estão relacionados ao momento de preenchimento do questionário, com relação a possíveis constrangimentos em responder alguma questão, como também à possibilidade de que, por se tratar de um questionário que será respondido por profissionais da mesma unidade, não é possível garantir o anonimato, privacidade ou sigilo, caso você venha a ser identificado. Para reduzir esses riscos de identificação, o questionário será entregue em envelope, devendo este ser respondido e devolvido a pesquisadora envelopado. Ressaltamos que todo sigilo aos dados emitidos pelos participantes será respeitado conforme Resolução do CNS 466/12. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em um banco de dados de pesquisa, por no mínimo 5 (cinco) anos, com acesso restrito, sob a responsabilidade da pesquisadora.

Os resultados serão apresentados em forma de relatório de devolutiva à alta gestão do Hospital Regional do Gama e aos participantes através de palestra aberta ao público (servidores do Hospital do Gama) e aos demais interessados no tema, além de entrega de folders que contemplem os achados e as recomendações para tornar a assistência segura e de qualidade aos pacientes, profissionais e instituição.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Por fim, este TCLE foi redigido em duas vias, para que uma fique com você e a outra com a pesquisadora responsável. Todas as páginas deverão ser rubricadas constando ambas as assinaturas na última página.

Contato com a pesquisadora responsável: Rayanne Cristina Araujo Balbino, telefone 61- 99115.0586, e-mail rayannecristina001@gmail.com. Endereço institucional: (SES/SRSSU/HRG/NQSP), Hospital Regional do Gama – corredor 06 do ambulatório, sala do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e/ou FEPECS.

Comitê de Ética/ENSP: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo, Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 - Telefax - (21) 2598-2863 - Horário: 9 às 16h. e-mail: cep@ensp.fiocruz.br; Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS-SES-DF: SMHN – Quadra-03 – Conjunto A Bloco 1 – Edifício FEPECS, contato telefônico do CEP/FEPECS 2017-1145 ramal 6878 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com. Brasília-DF. CEP: 70710-907

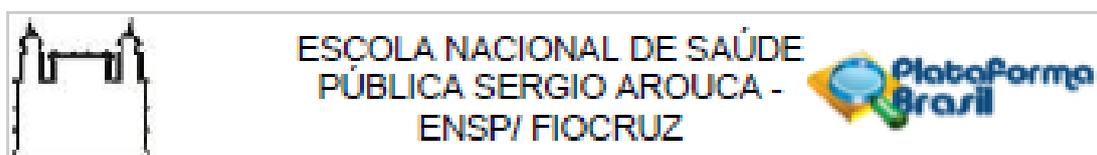
Rayanne Cristina Araujo Balbino – Pesquisadora Responsável

Após ser esclarecido (a) sobre a pesquisa “**Estudo de Avaliação Normativa da Segurança do Paciente em tempo de Pandemia COVID-19 em um hospital público da Região de Saúde Sul do DF**”, declaro que entendi os objetivos e condições e concordo em participar.

Brasília- DF, ____/____/____

Assinatura do participante

ANEXO A – APROVAÇÃO PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação Normativa da Segurança do Paciente em tempo de Pandemia COVID-19 em um hospital público da Região de Saúde Sul do DF

Pesquisador: Rayanne Cristina Araujo Balbino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40881720.4.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.486.869

Apresentação do Projeto:

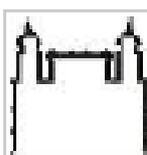
Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer consubstanciado de número 4.474.122, emitido em 18 de Dezembro de 2020.

Projeto de Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde, do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP, de Rayanne Cristina Araujo Balbino, orientado por Ana Cláudia Figueiró e coorientado por Louise Viecili Hoffmeister, qualificado em 29/10/2020, com financiamento próprio no valor de R\$ 3.300,00.

Resumo:

"Este projeto se propõe a desenvolver uma avaliação normativa para avaliar a implementação das ações do Plano de Contingência para a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Gama, relacionadas a segurança dos pacientes internados durante a pandemia da COVID-19. O estudo buscará avaliar por meio da avaliação normativa se as ações propostas, segundo as normas nacionais e internacionais (OMS, MS, SESDF), e o plano de contingência local para o enfrentamento do novo Coronavírus, foram implementadas conforme o preconizado. Ainda, se o resultado alcançado proporcionou à instituição o atendimento adequado dos pacientes graves confirmados para COVID-19 com a redução e mitigação de riscos e danos aos pacientes diante do estado de calamidade pública devido à pandemia. O resultado esperado para esta pesquisa é identificar se as

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1460 - Tênis
 Bairro: Marquinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2663 Fax: (21)2598-2663 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



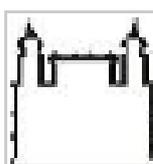
Continuação do Parecer: 4.400.009

metas de identificação correta do paciente e comunicação efetiva entre os profissionais estão implementadas na Unidade de Terapia Intensiva do HRG. Que a adesão dos profissionais e da instituição às boas práticas sejam superiores a 90%, garantindo uma assistência de qualidade e segurança do paciente, com redução dos eventos adversos relacionado a falhas de processos. Pretende-se que essa pesquisa incentive a instituição a trabalhar de maneira preventiva e não somente reativa quanto a situações inesperadas. Pretende-se corroborar para o planejamento estratégico institucional e a efetivação de grupos de trabalho que busque fomentar ações de melhoria no serviço de saúde."

Metodologia Proposta:

"Este projeto se propõe a desenvolver uma avaliação normativa para avaliar as ações de segurança do paciente diante da pandemia COVID-19 em um hospital público do Distrito Federal. As ações a serem avaliadas seguirão as propostas das normas nacionais e internacionais (OMS, MS, SES-DF) e o plano de contingência do hospital regional do gama (HRG) para o enfrentamento do novo Coronavírus com o objetivo de conhecer se o realizado neste nosocômio seguiu o preconizado e se o resultado alcançado proporcionou à instituição o atendimento adequado dos pacientes graves confirmados para COVID-19 com a redução e mitigação de riscos e danos aos pacientes diante do estado de calamidade pública devido à pandemia. A presente pesquisa terá como enfoque a segurança dos pacientes internados durante a pandemia da COVID-19 na unidade de terapia intensiva (UTI) do serviço de saúde referido. Para tal avaliação, contará com a aplicação de um questionário semiestruturado com perguntas fechadas e abertas, inspirado no modelo lógico, na matriz de análise e julgamento e principalmente nas normas e protocolos de segurança do paciente, sendo 54 questões, 43 perguntas objetivas e 11 subjetivas com enfoque na identificação correta do paciente, comunicação efetiva entre profissionais, metas 1 e 2, respectivamente, da segurança do paciente, além do gerenciamento de risco e a capacitação dos profissionais de saúde do setor pesquisado; cabe ressaltar que o questionário será entregue em envelope, devendo este ser respondido e devolvido a pesquisadora envelopado. A população de estudo será de 105 profissionais da saúde da UTI do HRG, de ambos os sexos, que estiveram na frente de combate ao COVID-19 na referida unidade/setor de saúde, sendo inclusos: Médico (a), Enfermeiro (a), Técnico/Auxiliar de Enfermagem, Técnico Administrativo, Fisioterapeuta, Psicólogo, Odontologista, Terapeuta Ocupacional. A pesquisa será conduzida com visitas regulares na UTI a fim de captar o número estipulado dos profissionais deste setor para participar da pesquisa, selecionados por conveniência, a responder o questionário e que atenderam os critérios de inclusão, a saber: ser

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1460 - Tênis
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2508-2863 Fax: (21)2508-2863 E-mail: osp@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.406.009

profissional de saúde da UTI e ser das categorias supracitadas. Serão incluídos os sujeitos que aceitarem participarem da pesquisa e assinarem o TCLE (termo de consentimento livre esclarecido). A presente proposta atenderá aos princípios éticos e será submetida ao comitê de ética de pesquisa com seres humanos através do portal eletrônico da plataforma Brasil e os referidos dados e pesquisa só serão iniciadas quando dada a autorização pelo CEP. Os dados oriundos desta pesquisa serão tabulados no software Excel, versão 2010, e apresentados com média \pm desvio padrão.”

“Critério de Inclusão:

- Ser servidor público, vinculado a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, das categorias: Médico (a), Enfermeiro (a), Técnico/Auxiliar de Enfermagem, Técnico Administrativo, Fisioterapeuta, Psicólogo, Odontologista, Terapeuta Ocupacional, que atuam na UTI do HRG.
- Aceitar participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre esclarecido.”

Tamanho da Amostra no Brasil: 105

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, os objetivos da pesquisa são:

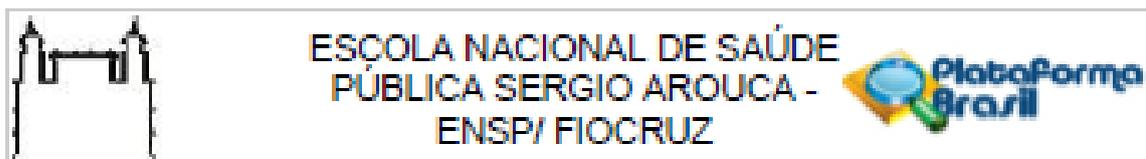
“Geral

Avaliar o Grau de Implementação das Metas 01 e 02 do Plano de Contingência para a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Gama, relacionadas a segurança dos pacientes internados durante a pandemia da COVID-19.

Específicos:

1. Apreciar a disponibilidade dos recursos previstos na: Identificação correta do paciente (Metas 01) e Comunicação efetiva entre os profissionais (Meta 02) do plano de contingência para o atendimento dos pacientes graves confirmados para COVID-19.
2. Avaliar se as ações e serviços foram adequadamente implementados conforme as recomendações técnicas para a assistência aos casos de COVID-19.
3. Analisar se os resultados obtidos para identificação correta do paciente (Metas 01) e Comunicação efetiva entre os profissionais (Meta 02) foram alcançadas segundo o programado.”

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2508-2863 Fax: (21)2508-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.406.009

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

Riscos:

Os riscos identificados estão relacionados ao momento de preenchimento do questionário, com relação a possíveis constrangimentos em responder alguma questão, como também a possibilidade de que, por se tratar de um questionário que será respondido por profissionais da mesma unidade, não é possível garantir o anonimato, privacidade ou sigilo, caso você venha a ser identificado. Para reduzir esses riscos de identificação, o questionário será entregue em envelope, devendo este ser respondido e devolvido a pesquisadora envelopado. Ressaltamos que todo sigilo aos dados emitidos pelos participantes será respeitado conforme Resolução do CNS 466/12.

Benefícios:

Os (as) entrevistados (as) poderão ser beneficiados com informações seguras acerca do relatório que será produzido à alta gestão sobre o desempenho institucional no que tange a adesão das boas práticas na prestação da assistência – metas de segurança e adequação institucional as orientações legais para assistência ao paciente com suspeita e confirmação para COVID-19 e incentivar a instituição a trabalhar de maneira preventiva e não somente reativa quanto a situações inesperadas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

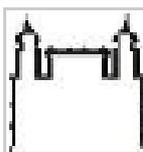
O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer consubstanciado de número 4.474.122, emitido em 18 de Dezembro de 2020, foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1677653.pdf", postado em 28/12/2020, o qual está duplicado (diferença no horário - considerado o mais recente).

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

Endereço:	Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis		
Bairro:	Manguinhos	CEP:	21.041-210
UF:	RJ	Município:	RIO DE JANEIRO
Telefone:	(21)2506-2863	Fax:	(21)2506-2863
		E-mail:	cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



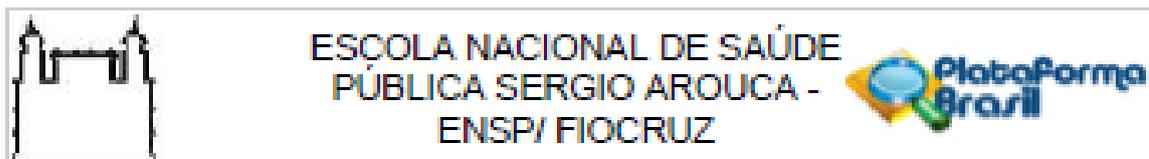
Continuação do Parecer: 4.474.699

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pela pesquisadora responsável, arquivo nomeado "Folha_de_rosto.pdf", postado em 09/12/2020;
- Cronograma, arquivo nomeado "CRONOGRAMA.pdf", postado em 09/12/2020;
- Compilado de várias informações do projeto com TCLE, cronograma e outros, arquivo nomeado "brochura.pdf", postado em 09/12/2020.

Para responder às pendências do parecer consubstanciado de número 4.474.122, emitido em 18 de Dezembro de 2020, a pesquisadora anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

- Projeto de Pesquisa na íntegra modificado, nomeado "MODIFICADO_Projeto_Rayanne_Balbino.pdf", postado em 24/12/2020;
- Formulário de Encaminhamento nomeado "MODIFICADO_form_encaminhamento.pdf", postado em 24/12/2020;
- Formulário de respostas às pendências, nomeado "formulario_pendencia.doc", postado em 28/12/2020;
- Termo de anuência da Instituição coparticipante Hospital Regional do Gama, nomeado "MODIFICADO_autorizacao_termo.pdf", postado em 23/12/2020;
- Ata da defesa do projeto (qualificação), nomeado "MODIFICADO_ATADEDEFESA.pdf", 24/12/2020;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) modificado, nomeado "MODIFICADO_TCLE.pdf", postado em 23/12/2020.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-310
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2558-2863 Fax: (21)2558-2863 E-mail: oec@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.400.009

Observação: O arquivo com o projeto de pesquisa na íntegra, arquivo nomeado "Projeto.pdf", postado em 09/12/2020, não foi considerado, mas sim sua versão mais recente já listada acima.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Item de pendência:

Inserir a orientadora e a coorientadora no formulário da Plataforma Brasil.

Resposta da pendência 1: "Ajustado conforme solicitado".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Item de pendência:

Inserir formulário de encaminhamento de projeto ao CEP assinado pela orientadora (ou com e-mail de cliente), com a data de qualificação (vide formulário no site eletrônico do CEP/ENSP).

Resposta da pendência 2: "Item já havia sido postado nos documento em PDF. Segue novamente para apreciação".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA. Entretanto, cabe destacar que o referido arquivo não havia sido postado, como informou a pesquisadora nessa resposta à pendência.

3. Item de pendência:

Inserir termo de autorização da Direção do Hospital Regional do Gama (SE3/3R33U/HRG) para acessar os dados da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente. Deve constar no termo, também, a observação direta (não participante), a aplicação dos questionários, o uso de documentos institucionais como plano de contingência, P3P, atas de reuniões, protocolos de segurança do paciente, fluxos para o atendimento do COVID-19, fluxogramas, circulares, relatórios, listas de presenças, formulários.

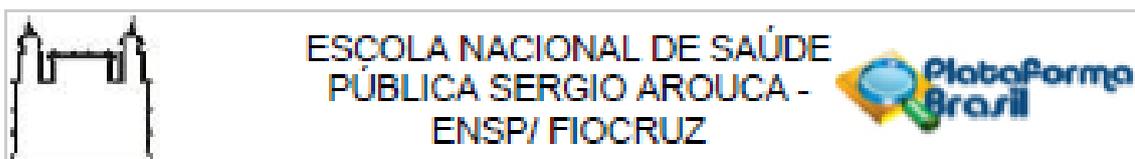
Resposta da pendência 3: "Documento reformulado e colhido novas assinaturas – Diretora do Hospital e da Superintendência de Saúde da Região Sul".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Item de pendência:

Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), excluir "ANEXOS" e "ANEXO 01 -

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1460 - Tênis
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.486.009

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*, pois o arquivo deve ser a versão final do documento (que será aplicado ao participante da pesquisa). Incluir a descrição do papel do CEP e incluir numeração de páginas(1/2, 2/2) e campo de rubrica.

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Item de pendência:

Nos riscos da pesquisa apresentados na Plataforma Brasil, informar como a pesquisadora irá "assumir as devidas responsabilidades por eles". Compatibilizar as informações no projeto, no TCLE e na Plataforma Brasil, tendo como base o descrito no TCLE.

Resposta da pendência 5: "Ajustado conforme recomendado nos documentos e na Plataforma Brasil".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Item de pendência:

Se assim for, incluir no projeto e na Plataforma Brasil a informação de que "o questionário será entregue em envelope, devendo este ser respondido e devolvido a pesquisadora envelopado". Ou seja, deve informar a forma de abordagem aos participantes.

Resposta da pendência 6: "Realizado o devido ajuste conforme orientado".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

7. Item de pendência:

No TCLE é citado o CEP/FEPECS-SES-DF. Porém não está na Plataforma Brasil o devido registro como coparticipante para a replicação do projeto. Esclarecer se haverá análise por este CEP, e se sim, incluir como coparticipante na Plataforma.

Resposta da pendência 7: "Realizado o devido ajuste conforme orientado".

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

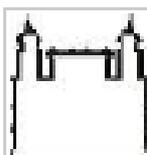
Considerações Finais a critério do CEP:

.....

ATENÇÃO:

(A) CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênia
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2596-2663 Fax: (21)2596-2663 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.400.009

PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

(B)***CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.***

(C)***PARA CASOS DE ATENDIMENTO SIMULTÂNEO DAS EXIGÊNCIAS (A) E (B), ENCAMINHAR SOMENTE A EMENDA.

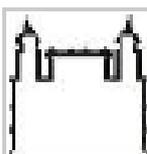
Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1º Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>), em: pesquisa projetos de pesquisa documentos necessários.

2º Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA, seguindo as orientações na página eletrônica do CEP em <https://cep.ensp.fiocruz.br/como-submeter-seu-projeto>. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP ANTES de efetuar a/s modificação/ões na pesquisa.

3º Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2596-2863 Fax: (21)2596-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.400.009

publicação dos resultados.

4º O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	aut_ENSP.pdf	30/12/2020 10:31:25	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_F RQJETO_1677653.pdf	28/12/2020 08:12:34		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_F RQJETO_1677653.pdf	28/12/2020 08:12:31		Aceito
Outros	formulario_pendencia.doc	28/12/2020 08:11:26	Rayanne Cristina Araujo Balbino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MODIFICADO_Projeto_Rayanne_Balbin o.pdf	24/12/2020 08:13:11	Rayanne Cristina Araujo Balbino	Aceito
Outros	MODIFICADO_ATADEDEFESA.pdf	24/12/2020 08:09:05	Rayanne Cristina Araujo Balbino	Aceito
Declaração de concordância	MODIFICADO_autorizacao_termo.pdf	23/12/2020 09:21:36	Rayanne Cristina Araujo Balbino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MODIFICADO_form_encaminhamento.p df	23/12/2020 09:18:44	Rayanne Cristina Araujo Balbino	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MODIFICADO_TGLE.pdf	23/12/2020 09:15:54	Rayanne Cristina Araujo Balbino	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/12/2020 10:57:56	Rayanne Cristina Araujo Balbino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/12/2020 09:00:53	Rayanne Cristina	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura.pdf	09/12/2020 08:53:07	Rayanne Cristina	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/12/2020 08:47:27	Rayanne Cristina	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis
Bairro: Marquinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br