



17º Encontro Nacional
da **Rede Sentinela**

Resumo dos Trabalhos

Gerência Geral de Monitoramento de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária – GGMON
Gerência Hemo e Biovigilância e Vigilância Pós-Uso de Alimentos, Cosméticos e
Produtos Saneantes – GH BIO



Título: 10 Metas para Segurança do Paciente: Um Relato de Experiência sobre o Uso de Metodologias Ativas para Promoção da Cultura de Segurança do Paciente.

Autores: Priscila Portes Almeida

Resumo:

Introdução: Dentre as estratégias propostas na Política Nacional de Segurança do Paciente está a promoção da cultura de segurança do paciente. O termo metodologia ativa se refere a uma concepção de educação crítico-reflexiva, que se fundamenta no estudante como promotor da sua própria ação educativa. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência de promoção da cultura de segurança do paciente através de metodologias ativas de aprendizado, em um hospital público de médio porte de Minas Gerais, pertencente a Rede Sentinela da Anvisa. Métodos: Este trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo, do tipo relato de experiência desenvolvido durante o ano de 2018. A Campanha “10 Metas – Segurança do Paciente” originou após a realização da identificação e priorização dos macroproblemas relacionados a segurança do paciente da instituição, através da aplicação do diagrama de afinidades e matriz de priorização com os membros do Núcleo de Segurança do Paciente -NSP. A partir da análise do macroproblema que foi priorizado “Baixa adesão aos protocolos de segurança do paciente”, foram estruturadas 10 metas para atender os protocolos do Ministério da Saúde de segurança do paciente e os principais problemas de segurança do paciente identificados no monitoramento de eventos adversos. O desenvolvimento da campanha deu ênfase em ações educativas com metodologias ativas de aprendizado. A duração de cada meta foi um mês. Em janeiro de 2018 iniciou o planejamento e elaboração do material gráfico da campanha, em fevereiro a divulgação foi realizada em toda instituição e de março a dezembro as metas foram trabalhadas. Resultados: As 10 metas definidas foram: 1) Comunicação efetiva; 2) Prevenção de queda; 3) Cirurgia segura; 4) Prevenção de lesão por pressão; 5) Uso seguro de sondas e cateteres; 6) Identificação segura; 7) Segurança medicamentosa; 8) Cuidado limpo e seguro; 9) Paciente envolvido; 10) Uso seguro e racional do sangue. A estruturação das estratégias educacionais foi pautada em metodologias ativas de aprendizado e problematização tais como: jogos educativos, júri simulado, simulação realística, discussão de situação problema, blitz setoriais dentre outras. Além das técnicas e ferramentas empregadas, foi de suma importância para o sucesso da campanha, os materiais de apoio que foram produzidos especialmente produzidos: cartazes, folder, cartilha, plaquinhas para fotos, chocolates personalizados, pulseiras e etc. A campanha finalizou em dezembro um total de participação de 1587 pessoas. Observamos que com o decorrer das ações educativas a campanha foi ganhando força e a adesão as atividades foi crescendo. Considerações Finais: Observou-se que o uso de metodologias ativas, estimulou e induziu os colaboradores e usuários a discutirem e conhecerem o sentido da cultura de segurança do hospital.



Referências:

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

Macedo KDS et al. Metodologias ativas no ensino em saúde. Escola Anna Nery, v. 22, n. 3, 2018.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Metodologias Ativas, Gestão de Risco

Título: A Comunicação Efetiva em Tecnovigilância: Experiência da Incorporação de uma Nova Tecnologia.

Autores: Cristina Spina Braga, Leylane Porto Bittencourt, Diana Aragão Santiago, Denise Carvalho Buffoni, Simone Carreiro Brasil

Resumo:

Este trabalho tem por objetivo relatar uma experiência exitosa na elaboração de um fluxo de comunicação efetiva através de um instrumento digital, com finalidade de aprimorar a busca ativa em tecnovigilância. A Comissão de Gerentes de Risco, criada em janeiro de 2018, elaborou um instrumento digital chamado de Alerta de Tecnovigilância INCA que contém informações importantes das notificações: especificação do produto, número de lote, ocorrências e medidas adotadas. E sistematicamente realiza a divulgação dos alertas em todos os meios de comunicação existentes, e-mails institucionais, murais, informes, grupos de whatsapps, dentre outros. Atualmente a utilização de instrumentos digitais é de suma relevância para o monitoramento dos produtos na etapa de pós comercialização, e este deve ser contínuo e de maneira a identificar precocemente as necessidades de intervenção, bem como a sistematização das ações e condutas adotadas. Além disso, possibilita a implementação de um sistema de rastreabilidade para todos os materiais, permitindo a adoção de medidas precoces que minimizem os eventos adversos para o usuário e profissional.

Palavras-chave: Tecnovigilância, Gerência de Risco, Segurança do Paciente



Título: A Experiência da Implantação da Vigilância de Infecções Pós-Cesárea em um Hospital da Rede Privada do Município de Porto Velho - Rondônia, no Período de 2017 a 2018.

Autores: Kaciany Chanato Furtuoso, Paula Caroline Pepa Oliveira

Resumo:

A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), de acordo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, é considerada um dos principais riscos, ocasionando eventos adversos frequentes, podendo estes ser evitados em até 60%. A Infecção puerperal é qualquer infecção do trato genital que ocorre durante o puerpério e apresenta fatores como: febre, incisão cirúrgica com secreção dentre outras observações clínicas, todas devem ter o acompanhamento e avaliação das taxas de ISC, além de estratégias para realização de vigilância pós-alta de cesariana. Objetivo: Descrever as experiências do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar-SCIH na implantação e nos processos de dificuldade da vigilância pós-alta de infecções da cesárea no Hospital 9 de Julho de Rondônia, localizado no município de Porto Velho, Rondônia, Brasil.

Palavras-chave: Pós Cesária. SCHI. Infecções.

Título: A Tecnovigilância.

Autores: Monaliza Gome Pereira; Glória Regina Mesquita da Silveira; Karinne Cristinne da Silva Cunha.

Resumo:

A tecnovigilância, dentro dos hospitais sentinelas, cumpre um importante papel no monitoramento da qualidade de produtos pós-comercialização e constitui-se como ferramenta estratégica para amparar a gestão na decisão da aquisição qualificada de produtos (AQP). Muitos gestores ainda tendem a decidir as aquisições considerando exclusivamente o menor custo unitário. Neste contexto, o presente trabalho tem por objetivo relatar a atuação da Tecnovigilância por meio dos processos investigativos ampliados, como apoio aos gestores de uma maternidade de referência em Fortaleza/CE, para AQP. Os dados apresentados foram obtidos de relatório e da notificação à

Anvisa. A equipe da UTI neonatal da maternidade, realizou notificações sobre desvio de qualidade do produto “cobertura para cateter central neonatal”, relatando baixa adesividade. Foi instituída investigação com verificação de regularidade nos documentos da empresa e do produto e, verificação em banco de dados interno, de queixas anteriores, identificando-se recorrência da queixa para outro produto da mesma empresa. Após a notificação para ANVISA e importador, este enviou representante para acompanhar a investigação do caso na instituição. Neste processo, foi realizada aplicação de um curativo, na presença de enfermeiro da empresa, em um paciente que tinha indicação para uso de cateter central de inserção periférica (PICC), observando-se, no dia seguinte, que o produto estava descolado da pele do paciente, confirmando o desvio de qualidade. A empresa, mesmo acompanhando o caso não forneceu orientação nem se manifestou sobre o evento. Diante da confirmação da evidência foi conduzida investigação ampliada, comparando-se o comportamento do produto notificado com produto semelhante de outro fabricante. Foram selecionados 10 pacientes para uso regular de cada um dos produtos dos diferentes fabricantes. Quanto aos riscos, quanto maior o número de trocas do curativo maior a possibilidade de exteriorização acidental do cateter e de infecção. No período do monitoramento, a equipe da Tecnovigilância acompanhou as trocas e o tempo de permanência do cateter PICC, identificando que para a marca notificada 80% dos pacientes (n=8) teve um número de trocas de curativos maior que o recomendado, chegando, alguns destes pacientes a trocar 3 curativos em 5 dias. Para o curativo não notificado, 90% dos pacientes (n=9) permaneceu com o curativo pelo tempo recomendado. Considerando o valor unitário de R\$ 2,74 (valor do Pregão Eletrônico) para o produto com menor preço (produto notificado), o custo direto para os 10 pacientes foi de R\$112,34, associado a 41 trocas de curativos. Para o produto utilizado para comparação (não notificado) com custo unitário de R\$ 3,40, o custo direto foi de R\$ 51,00, para as 15 trocas realizadas. O curativo notificado teve número de trocas 173,3% maior que o da marca usada para comparação, o que por sua vez significa custos indiretos maiores e riscos maiores de perda do cateter e de infecção. Os dados, da investigação ampliada, ratificam a importância da Tecnovigilância como apoio a gestão na decisão da aquisição qualificada de produtos, reforçando com isso que o produto mais vantajoso para instituição nem sempre é o de menor valor unitário, mas aquele que garanta maior segurança para o paciente e menor custo total de utilização.

Palavras-chave: Tecnovigilância, Compras Públicas, Segurança do Paciente

Título: A Implantação da Ferramenta SBAR na Transição do Cuidado: Relato de Experiência.

Autores: Claudia Andrea Ceribeli Coutinho, Marta Lopes da Silva

Resumo:

Estudos apontam que falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde tem sido um dos principais fatores que contribuem para ocorrência de eventos adversos (EAs), impactando diretamente na qualidade do cuidado⁽¹⁾. Por conseguinte, a maneira como ocorre à comunicação entre os profissionais tem sido apontada por pesquisadores como fundamental para um cuidado de saúde seguro. Erros na troca de informações e na transferência de pacientes estão entre os mais comuns e de maiores consequências no contexto da assistência à saúde⁽²⁾. Sendo assim, a instituição adotou a ferramenta padronizada para apresentar a informação do paciente, denominada SBAR (**S**ituação; **B**ackground – “história prévia”; **A**valiação; **R**ecomendação). Essa técnica fornece estrutura para a comunicação entre os profissionais sobre a situação e a condição do paciente, e permite que os profissionais se antecipem os próximos passos e alterem o planejamento assistencial, se necessário. O instrumento SBAR é efetivo para garantia do cuidado, pois através de informações precisas, estruturadas e comunicadas, os desvios assistenciais por quebra de comunicação são reduzidos e a cultura de segurança é fortalecida.

Palavras-chave: Ferramenta, SBAR, Comunicação, Segurança, Transição

Título: A Implantação do Protocolo de Identificação do Paciente no Hospital Regional de Taguatinga – HRT.

Autores: Thaís da Silva Braga Aben-Athar, Marcelo Cruz Borba, Juliana Leão Silvestre de Souza

Resumo:

Introdução: A técnica de identificação do paciente é considerada uma das principais ferramentas utilizadas para garantir a qualidade e segurança da assistência em ambiente hospitalar, sendo a pulseira para identificação comprovadamente o método mais usual e efetivo. Contudo, o envolvimento proativo do profissional de saúde é elemento indispensável para a eficácia do procedimento de identificação nos estabelecimentos hospitalares. Nesse sentido, o Hospital Regional de Taguatinga (HRT), unidade de saúde de grande porte do Distrito Federal, com atendimentos mensais em torno de 15.200 pacientes, iniciou o processo de implantação do Protocolo de Identificação em janeiro de 2019, visando a melhoria e qualidade de seus serviços. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como escopo apresentar a experiência do processo de implantação do Protocolo de Identificação no HRT/DF, no período de janeiro a maio de 2019. **Resultados:** O método utilizado foi um estudo descritivo de relato de experiência abordando as etapas do processo de implantação desta estratégia. As seguintes etapas foram alcançadas: 1ª Etapa – Avaliação de referenciais bibliográficos acerca da temática; 2ª Etapa – Elaboração e descrição do Protocolo HRT de Identificação Segura; 3ª Etapa – Apresentação do Protocolo e cronograma de atividades à alta gestão do HRT; 4ª Etapa – Oficialização da abertura do projeto; 5ª Etapa – Treinamento e capacitação das equipes multiprofissionais envolvidas no processo; 6ª Etapa – Início e

aplicabilidade da metodologia de identificação segura em 100% dos pacientes hospitalizados; 7ª Etapa – Lançamento da Meta 1 de segurança do paciente com divulgação a todos profissionais do HRT. Os resultados do programa se mostraram exitosos, o qual foi evidenciado que após a implantação desta concepção, 100% dos pacientes que receberam atendimento foram primariamente identificados de acordo com o Protocolo implantado. Foi constatado ainda que a implantação da pulseira de identificação minimizou os riscos às ocorrências de eventos adversos, trazendo assim, dentro do ambiente de trabalho, sensação de confiança aos pacientes e seus acompanhantes, bem como mais tranquilidade e segurança aos profissionais de saúde nos procedimentos realizados. Considerações Finais: Concluiu-se que a identificação do paciente por meio da pulseira é um método recomendado e eficaz, confirmando a tese prevaiente dos autores no âmbito acadêmico e científico, conforme a revisão literária realizada neste estudo. No entanto, se faz necessário o processo de treinamentos periódicos entre os profissionais envolvidos no contexto da segurança ao paciente.

Palavras-chave: Identificação do Paciente, Segurança do Paciente, Gerenciamento de Riscos, Eventos Adversos.

Título: A Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente como Ferramenta de Melhoria de Processo.

Autores: Roberta Mari de Oliveira Pereira

Resumo:

Introdução: O interesse pela qualidade no desempenho dos serviços de saúde e pela segurança do paciente tornou-se um problema de saúde pública em vários países, despertando interesse nos meios acadêmicos e dos serviços. A segurança do paciente se tornou o foco de debate pela Organização Mundial da Saúde. Com o objetivo de reduzir os desvios na assistência, preconiza-se um programa de garantia de qualidade nas instituições de saúde, assegurando ao usuário grau elevado de excelência por meio de medição e avaliação dos componentes estruturais, das metas, dos processos seguidos das alterações necessárias para a melhoria do serviço. Nessa perspectiva o Instituto de Radiologia instituiu a Pesquisa de Cultura de Qualidade e Segurança do Paciente com o objetivo de identificar falhas e promover melhorias, para garantia da qualidade prestada ao nosso cliente e melhoria contínua de nossos processos. **Objetivo:** Identificar falhas e promover melhorias nos processos internos. **Resultados:** Utilizamos o questionário criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ) em 2004 nos Estados Unidos*, traduzido e validado pela Cláudia Tartaglia Reis em sua tese de doutorado. O questionário é uma excelente ferramenta proativa para identificação de melhorias de processos participando os diretores, líderes, profissionais da assistência e administrativo da instituição. Realizamos a pesquisa a cada dois

anos, a última aplicada em abril de 2019 ainda está aberta para respostas dos colaboradores. Em 2017 foram respondidas 240 pesquisas, no qual realizamos cinco melhorias em nossos processos internos. Algumas das ações foram: sensibilizar equipes sobre cultura justa, implantar *Disclosure* na instituição, contratação de consultoria para aplicação do método LEAN, criação de impresso para comunicação e continuidade da assistência do paciente, treinamentos de qualidade, segurança do paciente e risco para todos os profissionais. Considerações finais: O desenvolvimento da cultura de segurança é fortemente influenciado pelo comportamento dos profissionais de saúde, que por sua vez sofre influência da forma de organização do trabalho e da gestão organizacional. Identificamos com a aplicação da pesquisa que existem aspectos que influenciam negativamente esse processo de cultura, tais como falhas na comunicação entre os subsetores da instituição, subnotificações de eventos adversos, ausência de uma rotina de aprendizagem a partir do erro, dimensionamento de pessoal inadequado, medo de punição e necessidade de melhorar o apoio dos gestores/líderes para o desenvolvimento da cultura de segurança. Em contrapartida, foram percebidos a adoção de ações de melhoria da qualidade e segurança da assistência, a sensibilização dos profissionais de saúde para a notificação dos eventos adversos, o trabalho em equipe entre os profissionais da unidade, a abertura dos gestores/líderes e profissionais médicos para a discussão de situações indesejáveis e a discussão dos eventos adversos.

Palavras-chave: Pesquisa de Cultura, Segurança do Paciente, Melhoria Contínua.

Título: A Utilização da Ferramenta “Trigger Toll” para Rastrear Eventos Adversos Relacionados a Perda Sonda Nasoenteral (SNE): Relato de Experiência.

Autores: Claudia Andrea Ceribeli Coutinho, Marta Lopes da Silva, Carolina Alonso Medina

Resumo:

A metodologia da Ferramenta de Rastreamento se baseia na revisão retrospectiva de uma amostra aleatória de prontuários de pacientes internados utilizando "rastreadores" ou “gatilhos” para identificar os possíveis eventos adversos. Esta ferramenta busca identificar eventos adversos, avaliar os danos causados por cada um deles e determinar se a sua ocorrência diminui ao longo do tempo em virtude dos esforços de aprimoramento. A incidência de perda da SNE por saída inadvertida e obstrução é considerada um indicador de resultado e está relacionado ao cuidado de enfermagem. Foram analisados 27 prontuários com perdas evidenciadas de dispositivos não notificados no ano de 2018. As unidades de ocorrências com maior incidência foram: Clínica Médica 70,37% (n=19), Clínica Cirúrgica 11,11% (n=3), Ponto socorro / Observação Adulto 11,11% (n=3) e UTI Adulto 7,41% (n=2). A ocorrência de perda de sonda tem maior incidência no período diurno 59,26% (n=16) e noturno 40,74% (n=11). As principais causas de remoção deste dispositivo foram:

retirado pelo paciente 37,04% (n=10), fixação 18,52% (n=5), obstrução 18,52% (n=5), motivos não descritos em prontuário 18,52% (n=5), posicionamento incorreto 3,70% (n=1) e problemas técnicos decorrente do material 3,70% (n=1).

Palavras-chave: Ferramenta, Trigger tool, Eventos Adversos, Segurança.

Título: Ação Educativa sobre Higienização das Mãos com Uso de Metodologias Ativas.

Autores: Priscila Portes Almeida, Camila Barbosa Nogueira

Resumo:

Introdução: A higienização das mãos é reconhecida como a medida mais eficaz na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde. Também é considerada a mais importante ação para reduzir a transmissão de infecções nos serviços de saúde. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência de promoção da rotina de higienização através de metodologias ativas de aprendizado, em um hospital público de médio porte de Minas Gerais, pertencente a Rede Sentinela da ANVISA. **Métodos:** Este trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo, do tipo relato de experiência desenvolvido durante o ano de 2018. As ações educativas foram realizadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar para todos os servidores e acadêmicos da instituição. Com intuito de promover uma capacitação dinâmica e realística, realizamos um treinamento dividido em 3 estações. Essa ação educativa foi replicada em 7 horários. **Resultados:** Na recepção do auditório os participantes eram divididos em grupos de até 6 pessoas. Neste ambiente haviam cartazes com os resultados de infecção hospitalar da instituição. A 1ª estação abordava a técnica de higienização das mãos, os momentos em que se deve higienizar e algumas placas de culturas demonstrando a contaminação de superfícies como bomba de infusão, grades da cama, teclado do computador e telefone. Em duplas os participantes recebiam uma prancheta com os cartões com imagens das etapas higienização das mãos. A dupla que em menor tempo organizasse a sequência correta era presenteada com um brinde personalizado. Em seguida, a sequência correta era apresentada no *flipchart* e cada participante realizava a técnica com álcool gel impregnado com pigmento fluorescente. Na sequência os “5 Momentos da Higienização das Mãos” eram lembrados e as placas de culturas apresentadas. A 2ª estação foi preparada com um jogo de tabuleiro que abordava as rotinas higienização das mãos e de controle de infecção. O vencedor era premiado com um brinde. Em seguida os participantes eram vendados e encaminhados para a 3ª estação que abordava a contaminação do ambiente. Uma sala escura foi preparada com pó fluorescente nas superfícies representando os microrganismos. Foi simulado um leito com paciente com dispositivos invasivos e uma estação de trabalho administrativo. Durante a condução à sala escura, os participantes eram impregnados com o pó fluorescente e ao entrarem na sala, uma lâmpada ultravioleta era acesa e as vendas retiradas.



Participaram das ações educativas 234 pessoas. A adesão foi maior do que nos treinamentos dos anos anteriores. Considerações Finais: Observamos que a aplicação das metodologias ativas contribuiu para a melhora na adesão aos treinamentos. O feedback transmitido pelos participantes em relação ao treinamento foi muito positivo. Nas visitas aos setores observamos melhora na adesão as rotinas de higienização das mãos.

Referências:

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

Palavras-chave: Higienização das mãos, Segurança do paciente, Metodologias ativas.

Título: Adesão dos Hospitais do Distrito Federal às Notificações: Uma Relação de Confiança é Fundamental.

Autores: Keyla Caroline de Almeida Macêdo, Mariana Pereira Elias, Tiago Pereira Alves, Rafaella Bizzo Pompeu Viotti, Priscilla Leal Moreira, Mirna Aparecida Costa Ribeiro Coutinho Ferreira, Maria do Socorro Xavier Felix, Sandra Soares Lins, Manoel Silva Neto, Fabiana de Mattos Rodrigues

Resumo:

Introdução. O registro e o monitoramento de notificações sobre eventos adversos e queixas técnicas são ferramentas imprescindíveis para identificar, analisar e comunicar o risco sanitário, a fim de se instituir barreiras para evitar falhas na assistência. Nesse contexto, a análise das notificações do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA) contribui para o fortalecimento das políticas públicas voltadas para a qualidade no cuidado e segurança do paciente. **Objetivo.** Avaliar a adesão e a regularidade de notificação dos hospitais do Distrito Federal (DF) no sistema NOTIVISA durante o período de 2014 a 2018, em busca de melhorias efetivas nas práticas assistenciais e segurança do paciente. **Método.** Análise retrospectiva quali-quantitativa dos bancos de dados da Gerência de Risco em Serviços de Saúde (GRSS/DIVISA/SVS/SES-DF) de notificações de eventos adversos e queixas técnicas dos hospitais do DF na assistência à saúde, farmacovigilância e tecnovigilância do sistema NOTIVISA, com elaboração de série histórica de 2014 a 2018. **Resultados.** Após a estruturação da GRSS em 2015, foram desenvolvidas ações educativas como estratégia para impulsionar a implementação da segurança do paciente e monitoramento dos eventos adversos, tendo sido promovidas de 2014 a 2018 um total de 34 reuniões gerais e 6 encontros distritais, abrangendo os responsáveis pelos Núcleos de Segurança do Paciente e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, os profissionais assistenciais e a alta liderança dos hospitais do DF. Ao longo dos anos foi possível identificar a adesão dos hospitais do DF quanto ao cadastro (100 % em 2018) e à notificação no sistema NOTIVISA (2018: 98 %, 68 %

e 71 % de hospitais notificantes nos módulos assistência à saúde, farmacovigilância e tecnovigilância, respectivamente). Observou-se um aumento significativo na regularidade de notificação na assistência, com aproximadamente 80 % dos hospitais notificando regularmente em todos os meses de 2018, diferentemente da farmacovigilância no mesmo período (menor que 50 %), indicando que menos da metade dos hospitais do DF notificaram com constância nesse módulo. Em relação à quantidade total de notificações, evidenciou-se um aumento expressivo (2014: 265; 2015: 524; 2016: 1172; 2017: 4935 e 2018: 8353 notificações), principalmente na assistência à saúde com um acréscimo superior a 120 vezes em 2018 (2014: 55 e 2018: 6965 notificações). Dentre as notificações de assistência à saúde e grau de dano ao paciente, verificou-se que em sua maioria (aproximadamente 50 %) foram eventos adversos sem nenhum dano ou com dano leve. E na farmacovigilância, os erros de medicação foram notificados em 2018, sendo 49 % das notificações do período. Considerações finais. O diagnóstico situacional das notificações de eventos adversos e queixas técnicas nos hospitais do DF demonstrou evolução ao longo dos anos, mas necessidade de monitorar e implementar ações para reduzir subnotificação, fortalecer os processos de trabalho e contribuir para a promoção da qualidade na assistência aos pacientes.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária, Assistência à Saúde, Notificações, Segurança do Paciente.

Título: Análise das Notificações de Reações Transfusionais no Estado de Pernambuco.

Autores: Heloize Lima de Oliveira* - Oliveira, H.L, Ana Carla de Freitas Caldas* - Caldas, A.C.F, Roberta Cristina de Oliveira Moreira* - Moreira, R.C.O, Katia Maria Pires de Carvalho* - Carvalho, K.M.P

Resumo:

Introdução: A Hemovigilância é definida como o conjunto de processos de vigilância relacionados a todo o ciclo de sangue objetivando adquirir e viabilizar conhecimentos sobre os possíveis eventos adversos ocorridos em todas as etapas deste ciclo, com intuito de prevenir a ocorrência/recorrência, ampliando a segurança do doador e receptor, favorecendo a melhoria dos processos. **Objetivo:** Analisar o registro das notificações de reações transfusionais realizadas no sistema Notivisa 1.0 em todo estado de PE no ano de 2018. **Resultados:** A pesquisa foi realizada a partir da análise descritiva, retrospectiva dos registros das notificações de reações transfusionais realizadas no sistema Notivisa 1.0. Foram analisadas 321 notificações, das quais 157 (48,9%) foram do tipo Reação Alérgica (ALG), seguidas de 133 (41,4%) Reação Febril Não Hemolítica (RFNH) e 11 (3,4%) notificações classificadas como Outras Reações Imediatas (OI). As demais notificações (Dispneia Associada à Transfusão (DAT), Reação Hemolítica Aguda Imunológica (RHAI), Sobrecarga Circulatória Associada à Transfusão (SC/TACO), Dor Aguda Relacionada à Transfusão (DA), Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão (TRALI) e Hipotensão Relacionada à Transfusão (HIPOT) representaram 6,2% da amostra. Quanto ao percentual de notificações entre

homens e mulheres, 56% foram do sexo feminino. Em relação à faixa etária obtivemos uma média de idade 44,6 anos, com 57 (17,8%) indivíduos na faixa etária de 0 a 17 anos, 56 (17,4%) na faixa etária de 70 anos e 53 (16,5%) na faixa etária de 40 a 49 anos. De acordo com a classificação da correlação dos casos com a transfusão, 190 (59,2%) notificações foram atribuídas como provável, 85 (26,5%) como possível e 20 (6,2%) como confirmada. Conclusão: Observou-se que as Reações Alérgicas (ALG) e a Reação Febril Não Hemolítica (RFNH) foram as de maior ocorrência. Devendo todos os profissionais envolvidos no ato transfusional estarem atentos para os sinais e sintomas mais frequentes no sentido de identificar uma reação transfusional para prevenir a ocorrência/recorrência destes eventos adversos bem como, melhorar a qualidade da assistência prestada à saúde, e assim diminuir a subnotificação relacionadas ao uso de sangue e hemocomponentes.

Palavras-chave: Notificações, Reação Transfusional, Hemovigilância.

Título: Análise do Perfil de Incidentes Adversos em um Hospital Público de Minas Gerais.

Autores: Priscila Portes Almeida, Thays Peres Brandão

Resumo:

Introdução: A Aliança Mundial para Segurança do Paciente foi lançada 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o propósito de despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência e apoiar os Estados-Membros no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente. Nesse contexto, no Brasil, em 2013 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), onde tornou compulsória a notificação à ANVISA dos eventos adversos em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional. A RDC Nº 36 da ANVISA de 2013 define o evento adverso como um incidente que resultou em dano à saúde, e o dano é quando há o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. Este estudo objetivou analisar o perfil de incidência dos incidentes adversos em um hospital público de Minas Gerais no ano de 2018. Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, realizado em um hospital público de Minas Gerais com 120 leitos. Os dados foram levantados a partir dos registros eletrônicos e físicos institucionais relacionados ao monitoramento de incidentes adversos de janeiro a dezembro de 2018. Resultados: Identificamos 983 incidentes adversos ocorridos em durante o ano. A média foi de 82 incidentes adversos ocorridos no mês. Considerando a média de paciente dia da instituição (3724), a incidência mensal de ocorrência de incidentes adversos representou 2%. Dos incidentes identificados a maior parcela 95% (935) estava relacionada à assistência prestada, 3,4% (34) à medicamentos, 0,8% (8) à material médico e equipamentos e

0,6% (6) à reação transfusional. Em relação aos tipos de incidentes envolvendo a assistência, tiveram destaque as ocorrências nutricionais com perda de dispositivo gástricos/enterais e administração incorreta de nutrição enteral. Considerações Finais: Os resultados demonstraram que a média mensal de incidência de eventos relacionados a assistência (2%) está abaixo da incidência brasileira de (7%). O que reforça a necessidade de trabalhar a cultura de segurança da instituição a fim de melhorar a notificação dos incidentes adversos. A assistência à saúde é um processo crítico que envolve muitos riscos. Discutir e implantar estratégias para promoção de práticas mais seguras no cuidado ao paciente é fundamental e depende de um esforço mútuo entre governo, instituições de saúde e população.

Referências:

COUTO, R. C. et al. II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil: propondo as prioridades nacionais [Internet]. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2018. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf> . Acesso em: 07/05/2019.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Gestão de Risco, Evento Adverso.

Título: Auditoria do Uso de Antibióticos na Sepse como Ferramenta para Redução do Uso Indevido e de Custos Relacionados.

Autores: Maria Tereza Freitas Tenório, Renata Brandão Leite, Jaqueline Leobino Silva Melo, Fabricia Jannine Torres Araújo, Thiago Sotero Fragoso, Lílian Karla Rocha de Sousa Silva

Resumo:

Introdução: Os antimicrobianos são indispensáveis no tratamento da Sepse, sendo utilizados inicialmente de forma empírica e com amplo espectro, podendo acarretar no uso indevido, caso não haja reavaliação após identificação do agente etiológico, aumentando os custos, bem como o risco do desenvolvimento da resistência bacteriana e reações adversas. A auditoria destes antibióticos quando realizada de forma contínua, otimiza a terapêutica, melhora o desfecho e diminui os custos. **Objetivo:** Demonstrar a redução do uso indevido de antimicrobianos e custos extras nos casos de Sepse através de auditoria. **Método:** Trata-se de um estudo transversal prospectivo, com abordagem quantitativa. Foram estudados os antimicrobianos prescritos para o protocolo de Sepse na Santa Casa de Misericórdia de Maceió no período de janeiro de 2018 a abril de 2019. Os critérios avaliados foram: indicação por foco infeccioso, tempo de tratamento, tempo de uso indevido de antimicrobiano, ajuste após resultado das culturas e custo do tratamento

antimicrobiano. A coleta de dados se deu através dos prontuários e transcritos para formulários e tabelas, realizando intervenções através do contato com o prescritor. Foi considerado uso indevido: os que não foram ajustados após resultado das culturas e/ou que ultrapassaram o tempo de tratamento preconizado. Os critérios de exclusão foram antimicrobianos prescritos para pacientes em cuidados paliativos, menores de 14 anos e óbitos em menos de 24h, após abertura do protocolo. Resultados: Foram analisadas 1035 prescrições de antimicrobianos pelo protocolo de Sepsis. Destas, 177 tiveram culturas positivas sendo avaliadas tanto para o tempo de utilização recomendado do antimicrobiano como para a conformidade com o microrganismo isolado, perfazendo uma média de 1,2 dias extras de utilização. As 858 prescrições restantes foram avaliadas apenas pelo tempo de utilização, pois apresentaram culturas negativas ou contaminadas e inexistência de solicitação. Comparando os resultados da utilização indevida da medicação, no primeiro quadrimestre de 2018, (1,3 dias extras) com o primeiro quadrimestre de 2019, (0,4 dias extras) foi observada uma redução de 69%. O trabalho de auditoria gerou uma redução do tempo de uso indevido de antimicrobianos e uma consequente diminuição de custos extras ao longo de todo o período estudado. Isto culminou uma redução de custos extras com antimicrobianos de 97,9% no primeiro quadrimestre de 2019, quando comparado ao mesmo período de 2018. Conclusão: A auditoria do uso de antimicrobianos utilizados para o tratamento da Sepsis na instituição demonstrou ser eficaz para diminuição do tempo de uso de medicação e de custos extras do uso indevido. Outrossim, a menor exposição desnecessária a antimicrobianos em pacientes com sepsis pode ter acarretado maior efetividade dos antibióticos prescritos e menor toxicidade cumulativa dos mesmos com aumento da segurança ao paciente.

Palavras-chave: Sepsis, Antimicrobiano.

Título: Auditorias em Saúde: Avaliação de Resultados da Implementação das Metas de Segurança do Paciente.

Autores: Rayanne Cristina Araújo Balbino, Wilian Barbosa De Araujo, Edna Alves De Oliveira Mariano, Larissa Rocha De Araújo, Leandro Oliveira Coatío Barbosa, Maria Clecia Dos Santos, Victória Cynara Gramacho De Carvalho Guimaraes

Resumo:

Introdução: Auditoria setorial interna é uma atividade destinada a observar, indagar, sinalizar, questionar, checar e propor alterações e procedimentos. Trata-se de um controle administrativo, cuja função é avaliar a eficiência e eficácia de outros controles. A qualidade nos serviços de saúde é definida como “a obtenção do maior benefício para o paciente, ao menor custo e com o menor risco possível”. Na mesma linha, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como “o grau em que os serviços de saúde prestados a pessoas e populações aumentam a probabilidade de se

obter os resultados favoráveis e são coerentes com o conhecimento científico corrente”. Buscar a segurança do paciente é buscar essa qualidade, de forma a aplicar uma cultura de segurança eficaz. Objetivo: Verificar conformidades da aplicação das Seis Metas da Organização Mundial de Saúde nos setores de uma unidade Hospitalar Pública do Distrito Federal. Metodologia: Realização de auditorias setoriais em uma unidade Hospitalar Pública do Distrito Federal, analisando as atividades desenvolvidas em cada setor hospitalar, de acordo com as disposições planejadas e/ou estabelecidas previamente, se são adequadas e seguem protocolos estabelecidos pela instituição. Foram criados formulários de auditoria, implementados pelo Núcleo de Segurança do Paciente deste hospital, para anotar os dados colhidos durante a visita. Em seguida verifica se estão sendo cumpridas as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Resultados: Influência na adequação de conformidades e controle das ações vinculadas ao plano de segurança do paciente, envolvimento dos profissionais e usuários nas ações de segurança do paciente, estabelecimento de barreiras para prevenção de incidentes, e melhora dos feedbacks dos resultados produzidos por cada área permitindo assim desenvolvimento, implantação e acompanhamento dos protocolos de segurança do paciente. Garantindo a importância das auditorias setoriais no controle de qualidade. Considerações Finais: Reconhecendo que as atividades de melhoria da qualidade devem ser cuidadosamente planejadas e implementadas, as auditorias internas podem ser consideradas como uma potente ação institucional, que o seu impacto deve ser medido acompanhado e analisado, buscando envolver as partes envolvidas, o resultado dessas atividades afim de termos alimentação e retroalimentação e um processo contínuo de melhoria.

Palavras-chave: Auditoria, Qualidade, Saúde.

Título: Avaliação das Notificações de Tecnovigilância do Estado do Paraná.

Autores: Gisele Ribeiro da Assunção Frois, Samantha Reikdal Oliniski

Resumo:

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) monitora os Eventos Adversos (EA) e Queixas técnicas (QT) dos produtos sujeitos à Vigilância Sanitária (VISA) por meio do Sistema Nacional de Notificação em Vigilância Sanitária (Notivisa). Considerando a atuação da Divisão de Vigilância Sanitária de Produtos (DVVSP) da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná no monitoramento e coordenação das ações de Vigilância Pós-Comercialização, foram avaliadas as notificações de Tecnovigilância realizadas no Paraná, sendo identificadas 17124 notificações de 2007 a 2018. Observa-se aumento das notificações a partir de 2014, principalmente de EA, devido a uma empresa detentora de registro de Produto para Saúde (PS) que intensificou seu processo de notificação, assim como as ações de fomento e orientação do uso do Notivisa realizadas pela DVVSP. Quanto a linha dos PS notificados, verifica-se a prevalência de artigo (97,9%) e reduzidas

notificações da linha de equipamentos (1,5%) e diagnóstico *in vitro* (0,6%), o que demonstra a necessidade de maior envolvimento dos setores de engenharia clínica e laboratórios de análises clínicas na detecção e investigação de potenciais EA e QT ocorridas nas diferentes linhas de PS. Os principais notificadores de 2018 foram as empresas detentoras de registro dos produtos notificados (76%). Contudo, estas empresas representam somente 28% do total de importadoras e fabricantes de PS localizadas no estado. Portanto, faz-se necessário a atuação da VISA na investigação de possíveis subnotificações nas demais empresas. As empresas detentoras de registro dos PS notificados são responsáveis pela investigação, adoção de ações corretiva e preventivas (CAPA), quando aplicável, e conclusão das notificações como confirmado, provável, inconclusivo ou descartado. Das notificações de 2018 finalizadas até 09/01/2019 (77%), observou-se que 6% foram concluídas como Confirmado, sendo as demais Provável (5%), Inconclusivo (60%) ou Descartado (29%). A prevalência de notificações não confirmadas demonstra a necessidade de avaliação das causas que levam a estas finalizações e possível risco remanescente. Dessa forma, foi avaliada a resposta descritiva das empresas detentoras de registro dos PS notificados em 155 notificações finalizadas. Verificou-se que 24% (37) das empresas descreveram a adoção de CAPA e 37% (41) descreveram a necessidade de mais informações para investigação, prestar orientações ao notificante ou coleta de amostra. Considerando que a VISA possui acesso aos dados do notificador, a sua atuação como interlocutora pode contribuir com o resultado das investigações. Verificou-se também que foram adotadas medidas corretivas e/ou preventivas em 46% (12) das notificações com status Confirmado, 15% (10) das Inconclusivo e 55% (15) das Provável, demonstrando baixa correlação entre a confirmação da ocorrência e adoção de CAPA pelas empresas. Estes dados demonstram a necessidade de qualificação da VISA para monitoramento, avaliação de tendências e análise de risco das notificações de Tecnovigilância do Notivisa. Por fim, evidencia-se ainda a importância da descentralização e regionalização das ações de Tecnovigilância para o monitoramento da qualidade, eficácia e segurança dos produtos comercializado e proteção da saúde da população.

Palavras-chave: Vigilância de Produtos Comercializados, Vigilância Sanitária, Risco Sanitário.

Título: Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente a Importância da Atuação do Núcleo de Segurança do Paciente.

Autores: Tatiane Lima Farias de Melo

Resumo:

Introdução: O Hospital Policlínico de São José dos Campos, possui o Núcleo de Segurança do Paciente composto por uma equipe multidisciplinar que realizam reuniões semanais para discussões sobre assistência segura. A Gestão de risco ao realizar uma avaliação sobre as práticas



de segurança, pode observar algumas lacunas na cultura de segurança da instituição. O Núcleo de Segurança do Paciente obteve a ideia mediante a avaliação da Gestão de Risco e ao levantamento de falhas assistenciais e eventos adversos, evidenciados através de checklist impresso, auditorias clínicas e aplicativos que monitoram a segurança do paciente, de reformular seu método de disseminação e cultura das práticas de segurança para garantir uma assistência de qualidade. Objetivo: Estabelecer a cultura de segurança do paciente por meio de verificação das práticas executadas pelos profissionais, para redução e mitigação de riscos e atos inseguros na assistência à saúde, evitando danos ao paciente e falhas na interação sistêmica entre processos assistenciais. Resultados: Os processos de capacitação e desenvolvimento de competências dos profissionais envolvidos, resultaram no aprimoramento de práticas seguras e maior adesão aos protocolos de segurança, reduzindo assim os indicadores de eventos adversos e falhas assistenciais. O Núcleo de Segurança do Paciente ganhou força com o envolvimento e apoio do diretor clínico que participa desde a construção do gerenciamento dos protocolos, bundles, e indicadores de segurança até a análise do incidente com dano e dissemina as práticas ao corpo clínico, que atualmente tem maior adesão a cultura de segurança do paciente. Considerações Finais: A análise crítica do levantamento da necessidade de melhoria das práticas de segurança do paciente tem sido realizada por meio de ações da Gestão de Risco alicerçados por processos investigatórios, notificações de eventos adversos e relatórios dos aplicativos, mediante a este feedback os membros do Núcleo de Segurança do Paciente aprimoram as estratégias e ações do Plano de Segurança do Paciente. O desafio é engajar os profissionais no sentido de que este processo não se trata de uma auditoria “fiscalizadora” e sim um processo educativo para incorporação das práticas e cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Núcleo de Segurança do Paciente, Assistência, Gestão de Risco.

Título: Boas Práticas no Preparo e Administração de Medicamentos Potencialmente Perigosos em uma Unidade Neonatal.

Autores: Graciele Trentin, Carolina Frescura Junges, Daniela Maçaneiro, Gabriela Pires Ribeiro, Greice Suellen Batista

Resumo:

Introdução: A internação do paciente neonatal, já fragilizado pela condição clínica, pode se tornar mais complexa, principalmente, pela ausência de apresentações farmacêuticas nas dosagens e concentrações adequadas, tornando necessários cálculos individualizados. Além disso, a frequente administração de fluidos e medicamentos por bomba de perfusão traz um risco adicional de erros. De acordo com o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos, as recomendações para o uso de medicamentos potencialmente perigosos, que são medicamentos com estreita

margem terapêutica e, portanto, com maior potencial para ocasionar dano ou lesões permanentes ou fatais, têm como objetivos: reduzir a ocorrência de erros; torná-los visíveis; e minimizar suas consequências. Tais estratégias promovem a simplificação e padronização de procedimentos. Nesse contexto, a equipe enfermagem pode atuar na implementação de ações, aliando a segurança do paciente ao processo de trabalho, e, assim, prevenindo ocorrência de erros de medicação, seja no preparo ou na administração. Objetivo: descrever a experiência da equipe de enfermagem em uma Unidade Neonatal na introdução de medidas para minimizar a ocorrência de erros de medicação. Resultados: foram realizados encontros com a equipe de saúde para construção de um rótulo para identificação de medicamentos potencialmente perigosos na Unidade Neonatal. Esta iniciativa ocorreu a partir de problemas identificados na unidade, relacionados à administração de medicamentos e fluidos por bomba de perfusão, como falhas em identificar a velocidade de infusão incorreta e dificuldade na conferência de mudanças de vazão. Os membros da equipe sugeriram que constasse, além dos dados básicos do paciente e do medicamento, um item para o registro de dois profissionais de saúde, ou seja, um facilitador para auxiliar na dupla checagem. Houve também a inserção de um espaço para registro de alterações na velocidade de infusão. O rótulo foi padronizado, após a solicitação deste material à equipe gestora da instituição. Aliado à essa medida, foi fixado um cartaz colorido para recordar os profissionais de forma contínua sobre a importância dessa prática. Para consolidar a nova rotina, os enfermeiros redigiram um protocolo no formato de Procedimento Operacional Padrão – o mesmo já validado pela equipe. Os profissionais de enfermagem estão comprometidos com esta atividade, pois identificam os benefícios de forma imediata, deixando-os mais seguros. No período da utilização do instrumento observou-se redução de queixas e registros de erros envolvendo medicamentos potencialmente perigosos. Considerações finais: ao envolver toda equipe de saúde na formulação de ações para segurança do paciente identifica-se maior engajamento e compartilhamento de saberes. Dessa forma, os benefícios se estendem para além do paciente, promovendo também a valorização dos profissionais. A prevenção de erros de medicação no paciente neonatal pode impactar de forma positiva na experiência do paciente e sua família, bem como na redução de custos durante a internação hospitalar.

Palavras-chave: Erros de Medicação, Segurança do Paciente.

Título: Busca Ativa em Hemovigilância: Oportunidade para Educação Continuada em Serviço.

Autores: Janiely Kelly Ferreira de Assis Damasceno, Rossana Pinheiro Gripp, Mônica Medeiros de Vasconcelos

Resumo:

Introdução: A Hemovigilância é definida como um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre os eventos adversos ocorridos nas suas diferentes etapas, com o intuito de prevenir seu aparecimento ou recorrência e aumentar a segurança do doador e do receptor (Anvisa, 2015). A transfusão de sangue traz benefícios e riscos, pois reações transfusionais podem ocorrer. A busca ativa é uma ação de hemovigilância que consiste em pesquisar entre as transfusões realizadas, a existência de alguma suspeita de não conformidades que possa confirmar um incidente transfusional. A OMS (Brasil, 1990) reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde. A formação profissional é um processo que ultrapassa os currículos acadêmicos. Além do conhecimento teórico, o cotidiano fornece oportunidades de aprendizados específicos. Isto se aplica a atuação em Hemovigilância, que torna necessária uma atitude educadora a partir de uma nova proposta de política de saúde trazida pela Rede Sentinela. **Objetivo:** Promover educação continuada em serviço durante visita de busca ativa pós transfusional e baseada nos dados registrados pela equipe de enfermagem na ficha de monitoramento transfusional. **Resultados:** Inicialmente, detectamos dificuldade na adesão pelas equipes de enfermagem e da agência transfusional em preencher as informações solicitadas na ficha de monitoramento transfusional, comprometendo a qualidade da assistência e dificultando o trabalho da equipe de hemovigilância. Posteriormente, com a conscientização e consolidação das ações de educação continuada em hemovigilância, obtivemos resultados positivos com adesão por parte de todas as equipes. Em um segundo momento, foi realizada uma auditoria nos prontuários e foi constatada através dos registros a adesão à ficha de monitoramento. **Considerações Finais:** A iniciativa comprovou que, embora existam dificuldades por parte das equipes de saúde em aderir a um novo instrumento, se faz necessário insistir na educação continuada como oportunidade de aprendizado específico visando promover uma assistência mais segura ao usuário. É importante que as equipes tenham a certeza e a confiança de que incidentes transfusionais podem ocorrer e que as providências a serem tomadas serão sempre educativas e jamais repreensivas.

Palavras-chave: Hemovigilância, Educação Continuada, Busca Ativa.

Título: Business Intelligence: Uma Ferramenta para a Gestão da Qualidade e Segurança Hospitalar no Estado do Paraná.

Autores: Alexsandro Oliveira Dias, Annanda Letícia Unicki Ribeiro, Cintia Aparecida Gonçalves Domingos, Ligia Jung Barbosa, Vivian Biazon El Reda Feijó, Vivian Patrícia Raksa

Resumo:

Introdução: A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná utiliza-se da planilha de Sistema de Informações Gerenciais (SIG) desde 2011, cujo banco de dados contém 90 indicadores sobre

Produtividade Hospitalar, Gestão de Pessoas, Financeiro, Qualidade e Segurança do Paciente de 18 hospitais públicos do Estado. O SIG possibilitava a análise de dados individualmente acerca dos hospitais o que ocasionava dificuldade na análise ágil e efetiva dos dados, assim como comparações de resultados entre os hospitais (*benchmarking*). Desta forma, para atender a maximização da ferramenta foi realizada parceria entre a Secretaria de Saúde e a Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná, que resultou no desenvolvimento de um *Business Intelligence (BI)* que integrasse os SIG das instituições de saúde. Objetivo: Comparar a tendência de nove indicadores de qualidade e segurança dos pacientes atendidos nos hospitais classificados em Porte I, no período de 2016 a 2018. Método: Estudo quantitativo, do tipo série temporal, produzido com as informações contidas na ferramenta *BI* relacionadas aos hospitais com características semelhantes: Porte I (terciários), acima de 100 leitos, que possuem unidade de terapia intensiva e centro-cirúrgico, localizados em Curitiba, Londrina, Maringá, Cascavel, Ponta Grossa, Paranaguá e Francisco Beltrão. Resultados: Dos 18 hospitais que fornecem as informações mensais, foram selecionadas sete instituições de acordo com os critérios de inclusão para análise. Verificou-se o total de 1.300 leitos ativos e no período de estudo ocorreram 88.366 internamentos, média de internação de 4,3 dias e taxa de ocupação de 87,6% dos leitos ativos. Quanto aos dados comparativos, foi possível identificar aumento das notificações de *near miss* em 634% (32 para 235), incidentes em saúde sem dano aos pacientes em 686% (22 para 173), 632% para eventos adversos (32 para 234), 226% de eventos adversos notificados ao Sistema NOTIVISA (242 para 790), 232% de notificações de falhas de identificação dos pacientes (98 para 228) e 1.440% de quedas (10 para 154). A variação na taxa de infecção hospitalar (IH) geral não passou de 0,50, permanecendo menor que 4,5% no período analisado. O preenchimento da lista de verificação cirúrgica e de satisfação do paciente aumentaram 23% (60 para 74) e 33,50% (55,14 para 73,60), respectivamente. Considerações Finais: A análise de série temporal mostrou-se estacionário na taxa de IH geral e crescente nos demais indicadores estudados, o que demonstra a evolução da cultura de segurança hospitalar por partes dos profissionais nos hospitais. O incremento da ferramenta *BI* permitiu o acesso sistêmico, ágil e de fácil interpretação do grande volume de informações, fornecendo subsídios para o planejamento, tomada de decisão para operações da (re)organização e avaliação da situação em tempo real aos gestores referentes às melhorias de produtividade, otimização de recursos humanos, controle financeiro, qualidade e segurança dos pacientes, com avaliação da situação em tempo real aos gestores, além de instrumentalizar a Comissão Inter-Hospitalar de Qualidade do Estado para discussão de estratégias no intuito de mitigar falhas assistenciais, em parceria com os representantes dos Núcleos de Segurança do Paciente, como contribuição de maior efetividade e eficiência na área da saúde.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Gestão de Segurança, Benchmarking.



Título: Campanha de Incentivo à Notificação: Potencialidade de Metodologia Ativa Desenvolvida pela Gerência de Risco.

Autores: Francisco Ariel Santos da Costa, Fabiara Lima Parente, Fabiene Lima Parente, Francisco Antônio Carneiro Araújo, Kairo Cardoso da Frota

Resumo:

Introdução: Compreende-se como gerência de risco um grupo de pessoas e serviços que são responsáveis por identificar, avaliar e controlar possíveis eventos adversos relacionados à saúde em uma instituição hospitalar, obtendo como função de minimizar os eventos, realizar metodologias ativas, capacitar os profissionais e incentivar as notificações como meio de garantir a segurança do paciente. Objetivo: Relatar a potencialidade e adesão da campanha de incentivo de notificações relacionadas aos eventos adversos à saúde realizada pela gerência de risco em um hospital de referência cardiológica da Região Norte do Estado do Ceará. A campanha de incentivo à notificação foi realizada em todos os setores da instituição hospitalar correspondendo o período de junho e julho de 2018, obtendo como público os profissionais de enfermagem. Durante o processo utilizou-se de um cartaz ilustrativo o qual foi anexado nos setores como meio de sensibilizar as notificações, reforçando que as mesmas não são de caráter punitivo e sim para elaborar estratégias para minimizar os eventos adversos e ofertar a segurança do paciente. Resultados: A adesão positiva da campanha foi notória em números. Percebeu-se que no período de janeiro a junho houve um declínio nas notificações além de serem números reduzidos das mesmas com média de 08 notificações/mês. No período de julho e agosto houve um ápice das notificações obtendo respectivamente 43 e 45 notificações nos meses citados, a partir de setembro houve um equilíbrio no número de notificações ao mês com média de 17 notificações/mês, ressaltando que são os meses em que a instituição tem uma menor demanda de atendimentos/ internações. Considerações Finais: Frente aos resultados obtidos na realização da campanha compreende-se a necessidade de a gerência de risco estar junto ao serviço de saúde e sensibilizar quanto à importância das notificações. Foi possível identificar quais ações são necessárias para aperfeiçoar a qualidade da assistência e a segurança do paciente no período de sua permanência na instituição. Assim, diariamente percorre-se nos setores em busca das notificações de eventos adversos à saúde, para identificar se o paciente necessita de algum suporte para minimizar os eventos adversos e fortalecer em contato com equipe estimulando a segurança do paciente relacionada à assistência.

Palavras-chave: Gestão de Riscos, Educação em Saúde, Segurança do Paciente.

Título: Central de Equipamentos: Uma Ferramenta de Gestão da Qualidade.

Autores: Andreza Fabiana da Cunha, Karla Janaína de Andrade Oliveira e Silva, Luciana Paiva Romualdo, Eva Cláudia Venâncio de Senne, Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira

Resumo:

Introdução: A Central de Equipamentos (CE) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), organizada há cerca de 11 anos, tem como missão prover as unidades assistenciais com um parque tecnológico de excelência, através do controle, organização e conservação de equipamentos médico-hospitalares e seus respectivos acessórios. Consta em seu parque 99 ventiladores mecânicos, 47 cardioversores, 182 monitores e oxímetros, dentre outros equipamentos. **Objetivos:** promover o uso racional dos equipamentos e acessórios, nas diversas unidades do HC e ambulatorios, gerenciando a recepção, a dispensa, a reposição, a busca ativa nas unidades, os treinamentos e a educação permanente; desenvolver indicadores de qualidade e elaborar estatísticas capazes de nortear as tomadas de decisão; auxiliar o Setor de Engenharia Clínica na gestão da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos sob sua responsabilidade. **Metodologia:** o trabalho é organizado em três principais frentes, sendo: a)- a recepção dos equipamentos provenientes das unidades assistenciais e ambulatorios, b) - a montagem, testagem e dispensa dos equipamentos com seus acessórios para todo o complexo hospitalar, c)- a busca ativa nas unidades que compreende o retorno para a CE dos equipamentos e acessórios não mais utilizados na assistência, o primeiro atendimento nas intercorrências com os mesmos, o devido encaminhamento para a manutenção corretiva e o cumprimento do calendários de manutenção preventiva e calibração. **Resultados:** no ano de 2018 a equipe da CE recebeu das unidades assistenciais, procedeu a inspeção e desinfecção de 28.127 itens, sendo 18.898 acessórios de monitorização e ventilação e 9.229 equipamentos diversos. Dentre eles, destacam-se 4.061 ventiladores mecânicos, 3.105 monitores e oxímetros, em regime de rodízio. Foram montados, testados e disponibilizados para essas unidades 9.464 equipamentos. Sendo que 100% dos ventiladores e cardioversores disponibilizados para o complexo hospitalar possuem calibração e manutenção preventiva atualizadas. A rastreabilidade dos equipamentos e acessórios e a disponibilidade desses em condições adequadas de uso e de forma racional contribuem sobremaneira para a minimização dos riscos assistenciais e para os profissionais que se utilizam desses recursos, tanto na eficácia da terapia quanto na confiabilidade do diagnóstico. **Considerações finais:** A CE, como ferramenta da qualidade, consegue manter o parque tecnológico constantemente avaliado, inclusive com controle de substituições e compra de novos equipamentos e materiais.

Palavras-chave: Engenharia Biomédica, Vigilância de Produtos Comercializados, Segurança do Paciente.



Título: Desenvolvimento de Metodologia para o Levantamento e Redução de Custos através da Prevenção de Quedas no Hospital Cajuru.

Autores: Talita Capra

Resumo:

Muito se discute atualmente formas para diminuir os custos em instituições diversas, desde as pequenas economias até as de grandes proporções, como em instituições de saúde. Devido aos altos custos com procedimentos hospitalares, a implantação da cultura de redução de custos é cada vez mais necessária dentro das organizações de saúde, mantendo sempre a qualidade e o respeito aos pacientes. Em hospitais que dispõem de recursos do Sistema Único de Saúde essa preocupação é ainda maior, uma vez que estes devem ser sempre bem aproveitados. Dessa forma é importante analisar tudo o que gera custos desnecessários na organização para minimizá-los ou até mesmo eliminá-los. Outro assunto importante que envolve as instituições de saúde são as metas de segurança do paciente, conforme Portaria 529:2013 e RDC 36:2013, sendo uma delas a redução de quedas, que devem ser monitoradas e melhoradas dia a dia. Pensando na redução de custos e na segurança do paciente, o Hospital Universitário Cajuru vem desenvolvendo algumas técnicas para mensurar tais recursos destinados para cobertura de exames; horas dos profissionais de saúde; horas de aumento de internamento; piora clínica; piora emocional; traumas; retirada desprograma de sondas, cateteres e drenos; entre outros devido a quedas intra-hospitalares de pacientes. Dentro desta ótica foram elaborados alguns planos de ação com o intuito de mitigar as quedas, reduzindo os custos e proporcionando mais segurança aos pacientes. Como primeira ação foi implementado a avaliação e reavaliação quanto ao risco de queda de todos os pacientes admitidos no hospital. Foram levantados os fatores de risco para quedas, que abrange os itens demográficos, psico-cognitivos, condições de saúde, presença de doença crônica, funcionalidade, comprometimento sensorial, equilíbrio corporal, uso de medicamentos, peso, histórico de queda anterior, cirurgia, sedação, anestesia, uso de dispositivos, necessidade fisiológicas e higiene pessoal. Após o levantamento dos fatores de risco prescreve-se para cada paciente um protocolo referente ao risco de queda, essas avaliações e prescrições aplicam-se às unidades assistenciais. Para a mensuração dos custos referente a quedas realiza-se um levantamento dos valores correspondentes as consequências de cada queda por paciente. Uma entrevista com o paciente após a queda é realizada, para entender se a avaliação e a prescrição foram adequadas e mensurar os custos dos procedimentos necessários para avaliação do dano ao paciente, e consequentemente quais os custos para os tratamentos caso na avaliação tenha sido constatado um dano. A classificação do evento de queda pode ser near miss, evento adverso com ou sem dano e o custo depende da sua classificação, quanto maior o dano maior o custo. Em 2016 ocorreu a implantação do protocolo de queda no Hospital Universitário Cajuru e a partir de 2019 o levantamento de custos. Com essa abordagem foi possível avaliar a importância das ações preventivas por meio de protocolos, e que o desenvolvimento da metodologia para o levantamento



dos custos referente a quedas é de extrema importância para a sua redução e para a garantia da segurança e confiança do paciente.

Palavras-chave: Queda, Custos, Segurança, Paciente.

Título: Dimensionamento de Estoque em um Hospital Universitário.

Autores: Marianne Maciel Alves da Costa, Valdeise Lemos da Silva, Romero Henrique Teixeira Vasconcelos, Patrícia Maria Simões de Albuquerque, Tays Amanda Felisberto Gonçalves, Daniele Idalino Janebro

Resumo:

Introdução: O gerenciamento de estoque se faz necessário nos serviços destinados a hemoterapia para se obter maior controle dos recursos materiais, através da utilização de técnicas simples e inovadoras na área de controle de estoque e armazenagem. **Objetivo:** Diante disso, o objetivo desse trabalho foi a otimização do controle de estoque de hemocomponentes da agência transfusional do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). **Resultados:** O período de estudo compreendeu de 2015 a 2018, com uma taxa de entrada de 13.527 hemocomponentes, dos quais apenas 11.736 foram transfundidos e 701 foram destinados a descarte, tendo como principal motivo a validade das bolsas. Diante do exposto, foram propostas metodologias, para minimizar o desprezo de hemocomponentes. Foi proposto um cálculo de previsão do estoque de acordo com a complexidade do hospital. Tendo em vista que o hospital em estudo apresenta atendimento para 220 leitos, foi calculada uma média de uso anual de 1760 bolsas de concentrado de hemácias (CH). A média de utilização anual para CH no HULW está dentro dos parâmetros aceitáveis, portanto foram utilizadas outras metodologias para prever o estoque. Foi calculado o estoque excedente, para isso realizamos um levantamento mensal dos dados de entrada e transfusão. Observou-se que apenas o ano de 2015 apresentou níveis elevados de demanda excedente (104,3%) em relação ao CH, estando em níveis superiores ao recomendado pela OMS, que é 20%. Em relação ao plasma (PF), foi observado que apenas o ano de 2015 se manteve dentro do padrão aceitável. Para o concentrado de plaquetas (CP), durante o quadriênio a porcentagem de demanda excedente se manteve dentro dos valores recomendados. Já em relação ao crioprecipitado (CRIO), a metodologia aplicada não foi adequada, devido à grande variabilidade de uso e solicitação. Utilizando o modelo proposto pela AABB, foi realizada uma previsão de estoque mínimo aos diferentes hemocomponente, sendo proposto um estoque mínimo de 5 bolsas para CH, 2 bolsas para CP, 2 bolsas para PF e 0 bolsas para CRIO. **Considerações finais:** O desenvolvimento deste estudo proporcionará a agência transfusional, através de um planejamento estratégico do controle de estoque, um avanço na gestão de qualidade dos processos, reduzindo o descarte e custos na cadeia transfusional.

Palavras-chave: Hemoterapia, Manejo de Estoque, Hemocomponentes.



Título: Divulgação de Alerta de Segurança em Tecnovigilância: Estratégia para Prevenção de Potencial Evento Adverso - NEAR MISS.

Autores: Anedite Barreto Teles, Ana Camila Bezerra de Sousa Silva, Alan Rodrigues da Silva, Mônica Medeiros de Vasconcelos

Resumo:

Introdução: A incorporação de novas tecnologias na área da saúde é um fato irreversível, e o controle da qualidade destes produtos se constitui em um dos elementos mais importantes, para o desempenho seguro da atividade hospitalar. O uso de produtos de saúde pode acarretar algum tipo de risco, sendo importante o acompanhamento da utilização desses nas condições reais, em larga escala, na pós-comercialização/Vigipós. Nessa etapa, a Tecnovigilância reveste-se de importância e representa uma ferramenta fundamental para garantir que a população tenha segurança na utilização dos produtos médicos disponibilizados pela rede de atenção à saúde. Ainda que o processo fabril incorpore conceitos de segurança sanitária do produto, nenhum destes é totalmente isento de causar algum dano ao paciente ou usuário. A ocorrência de eventos adversos e de queixas técnicas relacionadas a produtos para a saúde pressupõe a existência de riscos e pode representar ameaça à saúde da população. Essas situações podem estar associadas à baixa qualidade do produto; ao seu uso de forma inadequada (erros de procedimento); ou fatores inerentes à pessoa (no caso de evento adverso). O monitoramento da qualidade e segurança dos produtos, realizado pela tecnovigilância/Rede Sentinela, consiste em investigar e analisar notificações de suspeita de queixas técnicas ou erros de procedimento envolvendo o uso de materiais, equipamentos e kits laboratoriais, e quando confirmados, são notificados à Anvisa. Os relatos voluntários são estimulados em qualquer momento e podem ser sobre eventos, *near miss* - Incidente que não atingiu o paciente, ou quaisquer desvios de conformidade associados a potenciais agravos à saúde ou erros de uso. A análise dos dados coletados durante a fase de investigação orienta para planejamento de ações preventivas, com intuito de reduzir a ocorrência de futuros riscos. A divulgação de alerta de segurança em tecnovigilância para prevenção de potencial evento adverso – *near miss* é uma estratégia de comunicação utilizada pela equipe da gerência de risco quando as informações obtidas indicam que houve um erro de procedimento. O presente relato de experiência aborda a prevenção de potencial evento adverso, por meio da divulgação de alerta de segurança referente à falha no equipamento de reanimação manual. **Objetivo:** Utilizar a divulgação de alerta de segurança como estratégia para prevenção de potencial evento adverso. **Resultados:** Os resultados mostraram que a divulgação do alerta de segurança em tecnovigilância contribuiu para a prevenção de potencial evento adverso - *near miss*, observado pela redução das notificações. Orientações contidas no alerta sobre o teste de funcionalidade do produto esclareceu às equipes como reconhecer a presença de vazamento de ar no reanimador manual. Assim, as unidades do produto que apresentavam falhas foram retiradas de uso e encaminhadas para manutenção, evitando a ocorrência de evento adverso. **Considerações Finais:**



Consideramos que, o alerta de segurança atingiu o objetivo proposto, que era a prevenção de potencial evento adverso por meio de um instrumento de educação continuada em serviço, orientador para o uso correto das tecnologias na área da saúde. Sempre que identificado um erro de processo, durante a coleta de dados das notificações, outros alertas são elaborados.

Palavras-Chave: Tecnovigilância, Alerta, Evento Adverso.

Título: Educação Permanente no Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos.

Autores: Mariana Pinheiro Alves Vasconcelos¹, Júlia Teixeira Ton, Pedro Henrique Cantareira, Gilberto Ludgero Rodrigues Luz, Renata Rodrigues Peixoto, Raquel Gil, Stella Ângelo Tarallo Zimmerli

Resumo:

Introdução: A resistência aos antimicrobianos é um grave problema de saúde pública, estando relacionada a consequências graves como aumento da morbidade e mortalidade, assim como tempo de internação hospitalar. O gerenciamento do uso de antimicrobianos tem impacto na segurança do paciente, minimizando efeitos adversos e resistência microbiana, como também na redução de custos. **Objetivos:** Esse estudo tem como objetivo descrever as intervenções do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) no gerenciamento dos principais antimicrobianos prescritos no Centro de Medicina Tropical de Rondônia (CEMETRON). **Resultados:** Avaliamos 495 solicitações de antimicrobianos ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do CEMETRON de 7 antibióticos no ano de 2018, sendo eles, Ceftriaxona, Cefepime, Piperacilina/tazobactam, Imipenem, Meropenem, Vancomicina e Daptomicina. Das 495 solicitações, 193 (38,9%) tiveram alguma alteração na prescrição, levando em consideração a necessidade de cada paciente e conforme orientação do SCIH. Das 193 solicitações de antimicrobianos que tiveram alterações, 40 (20,7%) foram suspensos; 74 (38,3%) tiveram redução no tempo de prescrição (63 mantiveram o mesmo antibiótico e 11 foram escalonados); 27 (14,0%) tiveram aumento no tempo de prescrição (19 mantiveram o mesmo antibiótico e 8 foram escalonados); e 52 (27,0%) foram descalonados. **Considerações finais:** Mesmo em hospital de infectologia, onde a maioria dos prescritores são infectologistas, a prescrição de antimicrobianos deve ser vista com cautela e discutida diariamente a necessidade, devendo ser embasada em resultados laboratoriais e de culturas. Um dado importante foi o papel da farmácia clínica na avaliação do tempo de terapêutica para cada patologia/patógeno e junto com o SCIH adequar a dose definida diária e dias de terapia. Esses dados nos alertam para a necessidade de maior intervenção do SCIH nos hospitais gerais e que a resistência antimicrobiana é uma realidade preocupante. O apoio do Núcleo de Educação Permanente para divulgação dessas informações poderia ter papel primordial na adesão dos prescritores.

Palavras-chave: Antimicrobianos, SCIH, Gerenciamento de Antimicrobianos.

Título: Eficiência nas Indicações das Transfusões em Hospital Secundário da Grande São Paulo.

Autores: Andréia Leão Rodrigues, Alexandre Augusto Rabazallo Anacleto, Luiz Sérgio Almeida da Silva

Resumo:

Introdução: O Hospital está localizado no município de Cotia, atende a população desta cidade e dos municípios vizinhos. Atualmente possui 156 leitos e uma média de 1.100 saídas hospitalares/mês, sendo referência em parto de alto risco e atendimento de urgência/emergência para trauma, uma vez que, está localizado às margens da rodovia Raposo Tavares. Neste cenário de crescente demanda no atendimento associado ao aumento da complexidade dos casos a hemoterapia está inserida e ainda com o desafio constante da baixa oferta de doadores nos bancos de sangue tornar a transfusão cada vez mais racional, precisa e segura. **Objetivo:** Demonstrar a eficiência nas indicações das transfusões em hospital secundário da grande São Paulo. **Resultados:** Os resultados mostram que do total de 6598 prescrições de hemocomponentes em 2018, 6013 (91%) estavam em conformidade com o protocolo institucional. Em 2014, no início da implantação do protocolo a conformidade nas indicações das transfusões atingiu a média de 81% ao mês, e em 2018 com a consolidação do processo hemoterápico a conformidade nas indicações alcançou a média de 96% ao mês. Apesar do crescente aumento na demanda de atendimento do serviço e inclusão de novas especialidades cirúrgicas, manteve-se um percentual de 6% de pacientes transfundidos x saídas hospitalares/mês. Um impacto importante foi na redução do número de bolsas transfundidas com a prática do uso racional, que representou 17% de queda. Os resultados das indicações das transfusões comparando as diversas especialidades médicas mostram que as equipes com maior redução no número de não conformidades foram a Ortopedia (47%); Anestesiologia (32%); Ginecologia (30%); Clínica Médica (21%) e Cirurgia Geral (12%). **Considerações Finais:** A construção de um serviço de qualidade depende do envolvimento e o esforço coletivo. É imprescindível melhorar o conhecimento das equipes médicas em hemoterapia conscientizando para a prática transfusional segura, minimizando os efeitos inerentes da utilização dos hemocomponentes, diminuindo os riscos e ampliando o acesso da população aos diversos hemocomponentes, uma vez que esta prática racional possibilita maior distribuição, já que anualmente a demanda é maior que a oferta de doadores. Precisa-se continuamente fortalecer a integração entre todas as especialidades médicas com foco no aperfeiçoamento da qualidade da assistência prestada e disseminar para as equipes médicas as evidências científicas que comprovam que o uso mais restritivo de hemocomponentes é muito mais benéfico em algumas situações.

Referências:

1. Bordin, JO, Junior, DML, Covas, DT. Hemoterapia Fundamentos e Prática, 2007.

2. Mollison PL, Engelfriet CP, Contreras M, eds. Blood transfusion in clinical medicine. 9th ed. Oxford: Blackwell Scientific Pub.; 1996, p.696.

Palavras-chave: Transfusões, Protocolo, Hemocomponentes.

Título: Escala de Morse: Compartilhando as Ações de Prevenção de Quedas dos Pacientes.

Autores: Mara Lúcia Monteiro

Resumo:

Introdução: As quedas de pacientes nos hospitais representam um importante indicador da qualidade em saúde, competindo à instituição o estabelecimento de protocolos de segurança e a equipe de enfermagem a observação de meios para detecção precoce dos riscos, com vistas à criação de ambientes seguros para a proteção dos pacientes internados. A escala de MORSE favorece a avaliação dos riscos de queda, sendo considerada uma ferramenta que permite a padronização do grau de risco através de score/pontuação. A mesma é caracterizada pela baixa complexidade para entendimento e operacionalização, baixo custo e facilidade de aplicação. O Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS) possui protocolo de prevenção de quedas desde junho/2018, com a previsão da aplicação da escala de MORSE pelo profissional Enfermeiro diretamente no prontuário eletrônico do paciente, porém por vezes o risco não era verificado. Diante das avaliações em relação ao custo e efetividade da aplicação da ferramenta para identificação precoce dos riscos de queda dos pacientes, o Núcleo de Segurança do Paciente do HRHDS optou pela liberação do preenchimento da ferramenta também pelos Técnicos de Enfermagem. Este estudo é o relato de uma experiência exitosa implementada no âmbito do HRHDS para prevenção dos riscos de quedas de pacientes, com a previsão desta ação no protocolo de prevenção de quedas da Instituição. Objetivo: demonstrar as vantagens (tanto para os pacientes como para a Instituição) na aplicação da escala de MORSE pelos técnicos de enfermagem no âmbito do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS), como ferramenta inserida no protocolo de prevenção de quedas. Resultados: A partir da implementação da aplicação da escala de MORSE pelo técnico de enfermagem observou-se um avanço significativo no preenchimento da ferramenta no sistema, conforme o padronizado. A equipe de enfermagem apresentou boa aceitação na aplicação da ferramenta, considerando a facilidade na execução da atividade. Diante do preenchimento da escala, o técnico de enfermagem evoluiu diretamente no prontuário eletrônico o risco de queda do paciente na SAE (sistematização do Processo de Enfermagem), bem como registra e imprime a identificação do leito do paciente com a informação de risco de queda. Em relação a avaliação do número de quedas ocorridas na Instituição, fez-se uma análise comparativa das quedas registradas no período de ABR e MAI/18 (total de 17) em relação a ABR e MAI/19 (total de 02), havendo como reflexo da ação implementada uma redução significativa no número de evento de quedas dos



pacientes internados. Considerações Finais: A aplicação da escala de MORSE pelo técnico de enfermagem viabilizou o alcance dos objetivos inicialmente propostos, demonstrando ser efetiva e factível, com engajamento o profissional no cumprimento das metas de segurança do paciente. O compartilhamento das ações de prevenção de quedas dos pacientes favorece o espírito do trabalho em equipe multiprofissional, onde cada um entende a importância de sua atuação para o fortalecimento da cultura de segurança da Instituição.

Palavras-chave: Segurança, Queda, Paciente, Escala, Morse.

Título: Estratégia Amme-Hrg de Manejo Qualificado e Seguro da Tromboprofilaxia Perioperatória.

Autores: Rayanne Cristina Araújo Balbino, Gleyson Carlos Miranda Verner

Resumo:

Introdução: O tromboembolismo venoso é a principal causa evitável de óbito hospitalar, e a adoção de uma estratégia tromboprolática representa uma das principais ferramentas para melhoria da segurança de pacientes hospitalizados, sendo um instrumento valioso das principais entidades mundiais envolvidas com a qualidade e segurança de pacientes. Afetadamente ao período perioperatório, a não adoção de quaisquer estratégias tromboprolática significa assumir e aceitar no mais elevado nível de risco a possibilidade da ocorrência do evento tromboembólico, seus desfechos, e seus custos. Objetivo: Descrever os processos de construção e de aplicação da estratégia de avaliação e manejo seguro da tromboprofilaxia perioperatória em um hospital da rede SUS do DF. Metodologia: O Ambulatório Multiprofissional Medicina e Enfermagem Perioperatório (AMME) está estabelecido na rede SUS-DF (Hospital Regional do Gama-HRG) há pouco mais de cinco anos e está voltado à promoção da avaliação e segmento perioperatório dos usuários cirúrgicos do SUS. Entre as várias e pioneiras estratégias de qualidade e segurança perioperatórias que promove inclui-se a avaliação e o manejo seguro da tromboprofilaxia perioperatória. Uma vez tendo sido identificada a necessidade e a importância da prática tromboprolática perioperatória, os idealizadores da estratégia iniciaram no AMME a testagem de vários modelos de manejo padronizados (RAM) ou não, optando-se pelo modelo RAM "TEV *Safety Zone*". O algoritmo é aplicado pelo enfermeiro e correvisado pelo anestesista e farmacêutico durante a consulta, observando-se prós e contras às estratégias tromboproláticas. Ao final da avaliação, a equipe ambulatorial recomenda uma estratégia individualizada de tromboprofilaxia, a ser observada pelo cirurgião e paciente, que pode incluir estratégia farmacológica (anticoagulante parenteral, como primeira opção) e estratégia mecânica (deambulação precoce e ativa; fisioterapia motora; meias elásticas de compressão gradual-antitrombo-estéril; sistema de compressão intermitente). Parte da consulta de enfermagem é dedicada à aplicação de orientações ao paciente sobre sua participação segura na estratégia. Por outro lado, caberá à equipe cirúrgica a prática ou adequações nas

recomendações tromboproláticas da equipe ambulatorial. Considerações Finais: É valoroso destacar que a implementação do AMME representou a oportunidade da construção de um importante e qualificado repositório de dados institucionais perioperatórios relativos ao manejo tromboprolático, seja pela adoção do prontuário eletrônico, seja pela construção de uma estratégia específica voltada a esta prática, o que foi corroborado pela promoção de diversas ações educacionais (Encontros Multidisciplinares de Programas de Residência Ligadas ao HRG –EM Prol HRG; *Workshops* em Tromboprolaxia Mecânica e Farmacológica, Sessões clínicas), de pesquisas (Ambulatório Multidisciplinar de Avaliação Perioperatória de um hospital geral secundário – estudo transversal, Avaliação da Adesão por Parte de cirurgiões e pacientes à estratégia tromboprolática perioperatória do AMME-HRG e Práticas tromboprolática no HRG- HRG TEV Safety Zone, Corte Monitorado, 2015 - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente/UAMP) e pela estruturação de um seguimento qualificado de seus pacientes ("follow-up" de segurança tromboprolática perioperatória HRG). Várias são ainda as ações e pesquisas em curso na instituição, as quais tem diuturnamente acompanhado resultados do programa AMME-HRG, fomentando iniciativas que tem promovido ajustes na estratégia AMME. Todo esse trabalho tem promovido relevantes impactos institucionais, sejam em resultados clínicos, cirúrgicos e econômicos.

Palavras-chave: Tromboprolaxia, Perioperatório, Segurança, Paciente.

Título: Estratégia de Mobilização de Supervisores de Enfermagem para Segurança do Paciente no Hospital Regional de Sobradinho / SES-DF.

Autores: Débora Homem de Mello Nogueira, Marcela Virgínia Cavalcante, Aparecida Francisca Pereira de Moura, Iza Furtado de Souza

Resumo:

O Hospital Regional de Sobradinho iniciou as atividades relacionadas a Segurança do Paciente, a partir da criação oficial do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente em junho de 2014, em cumprimento a RDC/Anvisa, n. 36 de 25/07/2013, que também institui ações para Segurança do Paciente em serviços de saúde. Neste contexto, várias estratégias para aprimorar a cultura de segurança podem ser adotadas para a implantação das metas internacionais definidas pela OMS. O objetivo deste trabalho é apresentar a estratégia de mobilização dos gestores - supervisores de enfermagem de 7 setores do Hospital Regional de Sobradinho/SESDF, para as ações de Segurança do Paciente e incentivo à notificação de eventos adversos, aplicada no 2º sem/2018. O primeiro ente a ser mobilizado foi a alta gestão. Neste caso, a Direção e a Gerência de Enfermagem foram envolvidas após a visita da DIVISA/SESDF à UTI-Adulto e a necessidade de execução de Plano de Ação, contemplando a Segurança do Paciente no Setor. Para tanto, a Direção convocou os gestores de enfermagem e médicos para a reunião inicial, que foi realizada em 26/06/2018. A pauta desta reunião incluiu a contextualização do status do hospital em relação ao assunto, a

necessidade de implantação das metas internacionais de Segurança do Paciente e o incentivo à notificação de eventos adversos, além de responsabilizar os gestores pelo desenvolvimento das atividades com suas equipes, com apoio da equipe do NQSP/HRS. Este apoio foi realizado por meio da pactuação da realização de reuniões quinzenais com os gestores para tratar os seguintes temas: Mobilização para retomada das metas internacionais de Segurança do Paciente; Notificação de eventos adversos assistenciais e queixas técnicas; Implementação das metas e melhorias de processos de trabalho; Monitoramento dos indicadores de Segurança do Paciente; Protocolo de Identificação e Notificação de Eventos Adversos; Adorno Zero; Cirurgia Segura; Antimicrobianos; Apresentação do Consolidado de notificações do 1º sem/2018; Estudos de Casos; Melhorar a Comunicação entre os profissionais de saúde; Uso seguro de Medicamentos: Protocolo do HRS. Resultados: 1) Foram realizadas 11 reuniões de 11/07/2018 a 21/11/2018, que contribuíram com o início da implementação das metas 1,2,4, 5 e 6 nos setores: UTI Adulto, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Maternidade, Centro Cirúrgico, Pediatria, Nefrologia e UTI Neonatal; 2) Evolução do quantitativo de notificações em 2018, em que foi constatado o registro de 97 notificações no período de janeiro a junho, em contraponto com o registro de 235 notificações no período de julho a dezembro, resultando no aumento de 142%, após o início da estratégia de reuniões quinzenais com os gestores. Considerações finais – O envolvimento da alta gestão no processo de implantação foi fundamental para validar o trabalho desenvolvido pelo NQSP/HRS e para a responsabilização dos gestores por seus respectivos setores, assim como para a corresponsabilização pela implantação das metas internacionais de Segurança do Paciente. Ressaltamos que as ações foram desenvolvidas sem necessidade de dispor de recursos financeiros, investindo essencialmente no fator humano, comportamental e nos recursos disponíveis para a promoção da Cultura de Segurança do Paciente no Hospital Regional de Sobradinho/SESDF.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Metas Internacionais, Cultura de Segurança.

Título: Eventos Adversos – Implementação das Notificações de Eventos Adversos.

Autores: Rayanne Cristina Araújo Balbino, Wilian Barbosa De Araujo, Edna Alves De Oliveira Mariano, Larissa Rocha De Araújo, Leandro Oliveira Coatío Barbosa, Maria Clecia Dos Santos, Victória Cynara Gramacho De Carvalho Guimaraes

Resumo:

Introdução: A ocorrência de eventos adversos tem um importante impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) por acarretar o aumento na morbidade, na mortalidade, no tempo de tratamento dos pacientes e nos custos assistenciais, além de repercutir em outros campos da vida social e econômica do país. Objetivo: Compilar e comparar a evolução dos dados de notificações de eventos adversos analisados pelo NQSP, referente ao período de maio de 2016 a abril de 2019.



Métodos: Trata-se de uma pesquisa descritiva quantitativa e retrospectiva, nas quais foram verificadas a partir da base de dados do NQSP, no período de 2016 a 2019. A base de dados é construída a partir de: Notificações de Eventos Adversos, realizada voluntariamente pelos profissionais de saúde lotados no HRG, acrescidas das visitas in loco as unidades assistenciais e busca ativa em prontuário eletrônico. **Resultados:** A partir da identificação da causa raiz foram implantados mecanismos de gestão de melhoria contínua da segurança e da qualidade da atenção através da elaboração de um Plano de Ação pela equipe envolvida. **Conclusão:** A implementação das Notificações de eventos adversos, tem contribuído para uma visível melhora e diminuição de erros cotidianos relacionados a rotina do serviço de saúde.

Palavras-chave: Eventos Adversos, Notificação, Implementação.

Título: Eventos Adversos em Pacientes Adultos Internados na Unidade de Terapia Intensiva.

Autores: Fernanda Baessa, Wellington Rodrigo de Souza, Maira Camila Felix de Freitas

Resumo:

Introdução: A prática assistencial segura contribui na prevenção de danos decorrentes de eventos adversos, essencialmente na terapia intensiva, pois tem-se fatores relacionados a gravidade, perfil de morbidade, complexidade assistencial dos pacientes internados nessas unidades. **Objetivo:** Identificar a taxa de incidência dos eventos adversos com a estratificação por danos e causas. **Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, retrospectivo em pacientes adultos internados na unidade de terapia intensiva, em um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017. Os dados foram analisados em sistema informatizado, inseridos em planilha eletrônica e apresentados sob a forma de gráficos e tabelas. **Resultados:** Verificou-se 278 notificações de incidentes e destes, 214 eventos adversos. A taxa de eventos adversos foi de 5,4 por 100 pacientes-dia, com tempo médio de internação de 6,18 dias. O dano “moderado” foi o de maior incidência. Os principais eventos adversos identificados foram: Infecção associada à assistência, procedimento/processo clínico, acidentes com pacientes e hemocomponentes/hemoderivados. **Considerações finais:** A taxa de incidência de eventos adversos identificada é reduzida se comparada aos estudos nacionais, havendo evidências de subnotificação de eventos adversos, pois percebeu-se oportunidades/fragilidades que podem incrementar o número de notificações.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Cuidados Críticos.

Título: Experiência em um Hospital de Grande Porte do Recife, em 2018, na Avaliação da Implantação dos Pacotes de Medidas (Bundles) nas Boas Práticas de Inserção dos Cateteres Venosos Centrais.

Autores: Rubiane Gouveia de Souza e Silva

Resumo:

Introdução: O cateter venoso central (CVC) é um dos mais utilizados na unidade de terapia intensiva (UTI), apesar dos benefícios o uso do CVC não está livre de complicações infecciosas que são frequentes e têm grande impacto para o paciente. Diversas estratégias são utilizadas para prevenção da infecção de corrente sanguínea (ICS) associada a cateter venoso central e os bundles são reconhecidos como uma das mais usadas e mais efetivas para a diminuição dessas infecções¹. Os bundles podem ser definidos como a aplicação sistemática de um conjunto de medidas baseadas em evidências que, se praticadas corretamente e na sua totalidade, impactam em melhores resultados aos pacientes¹. Entre as medidas básicas que compõem os bundles para a prevenção das ICS – CVC está à antissepsia das mãos com clorexidina a 2% até 2 minutos, paramentação com barreira máxima, antissepsia da pele com gluconato de clorexidina e campo de grande extensão. Método: Relato de experiência referente à implantação do bundle na inserção de cateteres venosos centrais nas unidades de terapia intensiva de adulto em um hospital de grande porte do Recife em 2018. Os dados foram obtidos através da avaliação do instrumento de check list aplicado pelo enfermeiro assistente, treinado previamente. Resultados e Discussão: Após um ano da implantação do pacote de medidas através da sensibilização e capacitação das equipes de terapia intensiva a adesão ao bundle foi de 93%. Os que apresentaram falha em alguma etapa do processo totalizaram 12% de 713 cateteres que o bundle pôde ser aplicado e uma possível explicação para esse achado é a grande rotatividade de profissionais nessas unidades e esses não incorporar a importância do bundle na prevenção de ICS². Conclusão: Para que bons resultados de taxa de infecção relacionada à corrente sanguínea sejam alcançados, é fundamental a incorporação dos cuidados propostos à prática assistencial, o que demanda permanecer sensibilizando as equipes envolvidas através de capacitação para essa prática.

Referências:

- 1 - Padilla Fortunatti CF. Impact of two bundles on central catheter-related bloodstream infection in critically ill patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2951.
- 2 - Araújo FL, Manzo BF, Costa ACL, Corrêa AR, Marcatto JO, Simão DAS. Adherence to central venous catheter insertion bundle in neonatal and pediatric units. Rev Esc Enferm USP. 2017;51
- 3 - LUCAS, Thabata Coaglio et al. Desafio da higienização das mãos para a implementação dos bundles de cateter venoso central. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 3, jul. 2018.

Palavras-chave: Infecção Corrente Sanguínea (ICS), Bundles, UTIs.



Título: Experiência Exitosa no Processo de Notificação e Investigação de Eventos Adversos Graves em um Hospital Universitário Federal do Estado de Santa Catarina.

Autores: Graciele Trentin, Isabel M. Canabarro, Ivete Ioshiko Masukawa, Luizita Henckemaier

Resumo:

Introdução: O HU-UFSC, vem desenvolvendo um trabalho de vigilância pós-comercialização de produtos para a saúde, bem como de monitoramento de eventos adversos relacionados à assistência à saúde, a partir da sua integração à Rede Sentinela, em 2002 e criação do Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (Nuvisah), em 2003. Este Núcleo vem apoiando a gestão de riscos assistenciais, atualmente, consolidada por meio da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA), estruturada a partir de janeiro de 2019, com base nas Diretrizes Ebserh para a Segurança do Paciente. Objetivos: Este trabalho visa apresentar os processos de notificação e de investigação de eventos adversos graves relacionados à assistência à saúde, encaminhados à UGRA, no período de janeiro a março de 2019. Resultados: Foram encaminhadas à UGRA 272 notificações por meio de Formulários de Notificação Informatizado e Manual e, também por meio do Aplicativo Vigihosp, disponibilizado pela Rede Ebserh. Entre os eventos notificados, foram identificados 4 eventos graves, cujo processo de investigação foi realizado por meio da aplicação do Protocolo de Londres, visando à análise dos fatores contribuintes aos eventos, a fim de se propor ações para a melhoria dos processos de trabalho. Considerações finais: Após a investigação e análise dos fatores identificados, foi elaborado um Relatório de Investigação para cada evento grave e, todas as lideranças diretamente relacionadas à gestão das unidades do hospital onde ocorreram os eventos, foram reunidas para a apresentação dos eventos, entrega do Relatório e aprovação das propostas de melhoria. Todas as notificações foram registradas no Notivisa e, também no Vigihosp, quando realizadas por meio de Formulários de Notificação. Ainda, no Vigihosp, foi descrito todo o processo de investigação, realização de plano de ação e parecer final. Diante do exposto, cabe ressaltar que, embora existam fragilidades na implementação e acompanhamento das ações propostas, observa-se aprimoramento da cultura de segurança do paciente, em especial, entre as lideranças do Hospital.

Palavras-chave: Eventos Adversos, Segurança do Paciente.

Título: Falsificação da Pomada Negra: um Relato de Caso.

Autores: Ianara Acioli De Freitas Melo



Resumo:

O NOTIVISA é a ferramenta do VIGIPÓS previsto na Portaria nº 1660 de 22/07/2009, que instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPÓS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, com objetivo de receber as notificações de eventos adversos (EA) e de queixas técnicas (QT) de produtos sob vigilância Sanitária. A suspeita de produto falsificado é um exemplo de notificações de queixas técnicas que podem ser feitas no Notivisa. O comércio de produtos falsificados é um problema de saúde pública que preocupa autoridades mundiais. A cópia do produto é definitivamente idêntica em seu modelo e marca, mas não tem autorização para a cópia e uso do nome da marca. Na pirataria ocorre a tentativa de comercializar um produto à imagem e semelhança do original, e quem adquire na maioria das vezes pensa que está consumindo o verdadeiro, mas o faz ilusoriamente. Trata-se de um relato de caso com objetivo de descrever o processo de notificação de suspeita de falsificação de um produto cosmético, cujo representante identificou e comunicou a VISA. Durante as consultas realizadas foi confirmada a falsificação do produto POMADA NEGRA. Os produtos possuíam as mesmas informações de rotulagem, indicações, composição, precauções, logomarca, cor da embalagem secundária e primária, a única informação diferente era o fabricante. Foi realizada a notificação no NOTIVISA, e com base nos dados apresentados na notificação, a ANVISA publicou a RESOLUÇÃO-RE Nº 1.888, DE 16 DE JULHO DE 2018, determinando, como medida de interesse sanitário, a apreensão, em todo o território nacional, do produto Cosmético POMADA NEGRA, sem registro/notificação na ANVISA, sem número de lote, fabricado em dezembro de 2017 e validade 36 meses, pela empresa sem Autorização de Funcionamento (AFE), localizada em Vitória da Conquista/ Ba. A Resolução foi divulgada para Vigilâncias Municipais a fim de procederem recolhimento. Após publicação da RE o produto falsificado não foi mais encontrado no mercado alagoano. Como objetivo primordial da vigilância sanitária de proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos desde o processo fabril ao produto no mercado, o Notivisa se mostrou uma eficiente ferramenta do VIGIPÓS para notificação de queixa técnica fortalecendo o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS.

Palavras-chave: Falsificação. Cosmético. Notificação.

Título: Farmacovigilância: Perfil das Notificações do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA).

Autores: Kyvia Raíssa Lima Marrocos de Melo dos Santos, Sabrina Joany Felizardo Neves, Simone Oliveira Pachú.

Resumo:

Dentre os benefícios que os medicamentos proporcionam, como curar, prevenir e aliviar muitas patologias, eles também podem causar efeitos indesejáveis, e algumas vezes prejudiciais à saúde. A farmacovigilância no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) ocorre através de notificações que são realizadas por meio de um sistema interno, o VIGIHOSP (Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares), e após a investigação das notificações desse sistema, as que são julgadas procedentes são encaminhadas para o NOTIVISA (Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária), esse sistema é um elemento essencial da farmacovigilância, e é utilizado para monitorar os medicamentos que foram aprovados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Em busca de conhecer o perfil das notificações no HUPAA, foi realizado um levantamento destas, no sistema NOTIVISA, durante um período de 5 anos, sendo verificadas 170 notificações, porém 4 foram desconsideradas da pesquisa, pois estavam retificadas. Das 166 notificações 123 (74%) são queixas técnicas (QT) e 43 (26%) são eventos adversos, e nos anos de 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 foram registradas respectivamente: 44, 29, 31, 46 e 16 notificações. Conforme a classificação ATC (Sistema Anatômico Terapêutico Químico), os eventos mais frequentes segundo o nível 1, foram os medicamentos dos grupos B (sangue e órgãos hematopoiéticos): 32% (53), J (anti-infecciosos gerais para uso sistêmico): 16% (26) e N (sistema nervoso): 14% (24), sendo os da classe B os mais notificados por QT: 50 (31,3%) notificações, e os da classe N e J com mais notificações de EA: 15 (9,4%) e 0 (6,3%) respectivamente. Em relação a situação das notificações durante os 4 anos, 33 (19,9%) foram concluídas e 133 (80,1%) ainda não foram. Das 123 QT registradas, apenas 13 (10,57%) foram concluídas, e das 43 de EA, apenas 20 (46,5%) foram concluídas. Avaliações periódicas das notificações são necessárias para que seja realizado um diagnóstico, objetivando a melhoria no perfil das notificações, principalmente através de estratégias que estimulem o ato, visto que a subnotificação é um dos principais problemas encontrados, sendo a capacitação dos profissionais envolvidos um processo necessário.

Palavras-chave: Farmacovigilância, Notificações, Eventos Adversos, Queixas Técnicas, HUPAA, NOTIVISA.

Título: Ferramentas da Qualidade e Protocolos Implantados como Ação para Alcance de Acreditação Hospitalar.

Autores: Nárya Maria Gonçalves de Brito, Anne Rafaela Tavares de Moura, Andrezza Saraiva Bezerra, Bergson de Brito Moura, Fabiana de Sousa Alves, Demostênia Coelho Rodrigues

Resumo:

A busca pela qualidade na assistência à saúde está cada vez mais presente nas organizações. As instituições tem buscado estratégias que evidenciem a qualidade de seus processos para a efetiva

busca de uma assistência mais segura, além de um grau de satisfação do paciente mais elevado. Assim, o objetivo do estudo foi apresentar as ferramentas de qualidade implantadas no Hospital Regional do Cariri (HRC), um hospital terciário, inaugurado em 2011, sendo certificado inicialmente como ONA 2 em 2014, e recertificado como ONA 3 em 2016. Para a realização do estudo, foi utilizado como método uma pesquisa documental no Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente (NUGESP) do HRC. Com a análise dos documentos foi possível observar como formas de fortalecimento da cultura de segurança e da qualidade na assistência, a realização de várias atividades, sendo elas: a implantação de protocolos assistenciais que são gerenciados com apoio dos gestores das áreas; a rotina de realização de auditorias clínicas, de processos e de protocolos para avaliação e fortalecimento dos processos acompanhados; a construção dos mapeamentos dos processos das áreas assistenciais e de apoio com a definição dos seus resultados com os respectivos indicadores para mensuração do alcance dessas entregas, sendo que os gestores das áreas realizam o acompanhamento desses indicadores e alcance das metas instituídas e os apresentam mensalmente para o NUGESP e alta gestão da instituição. Atrelado ao mapeamento das unidades, foram construídas as matrizes de riscos dos serviços, para reforçar a análise proativa dos riscos, além da rotina das análises reativas dos incidentes que são notificados através do sistema informatizado. Para avaliação desses incidentes são utilizadas várias ferramentas da qualidade, tais como, Diagrama Causa Efeito ou Ishikawa, Análise Bow Tie ou Gravata de Borboleta, Protocolo de Londres para análise dos eventos adversos graves e o Plano de Ação, também chamado de 5W2H. Foi realizado curso de capacitação das ferramentas da qualidade, ministrado pelos membros do NUGESP, com intuito de aperfeiçoar o desempenho das análises críticas dos gestores. Assim, observou-se que o HRC, que já foi inaugurado com a perspectiva de se tornar referência em cultura de qualidade e segurança, no processo de implementação e manutenção para a certificação da acreditação, se utilizou do fortalecimento da aplicação das ferramentas de qualidade e do aperfeiçoamento do desempenho dos gestores das áreas, com vistas a uma maior segurança assistencial ao paciente e uma excelência no atendimento realizado.

Palavras-chave: Acreditação, Gestão da Qualidade, Segurança do Paciente.

Título: Formação dos 07 Times de Segurança do Paciente para o Desenvolvimento de Metas Internacionais em um Hospital Privado de Maceió.

Autores: Thays Angelo Santos Rego Santa Rita, Sandra Azevedo Antunes, Elycarla Marques costa, Jorge Eduardo Acioly de Melo, Camila Luna Cardoso

Resumo:

Introdução: As metas internacionais de segurança do paciente têm como objetivo promover melhorias específicas e proporcionar mais segurança na assistência à saúde. O Hospital Unimed

adota como metodologia de trabalho, prioritariamente, as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e preconizadas pela Joint Commission International (JCI). Diante disso, foram formados 07 times de Segurança do Paciente, para implantação dos protocolos de prevenção de segurança, que são: Time de Identificação do Paciente, Comunicação, Segurança na utilização dos medicamentos, Cirurgia Segura, Higienização das Mãos, Prevenção de Queda, Prevenção de Lesão por Pressão. Os times realizam ações e campanhas, com foco primordial na prevenção de incidentes relacionados à assistência. Objetivos: Relatar a experiência das formações de times como método de implantação dos protocolos de prevenção, fortalecendo uma cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar. Resultados: Através das auditorias dos protocolos de prevenção, no período de janeiro a maio de 2019, foi possível observar uma maior adesão as boas práticas de segurança do paciente. No escopo do protocolo de Cirurgia segura 100% foram contemplados com recomendação das cirurgias seguras. Nos protocolos de Queda após análise dos indicadores apresentado. Concluímos que em seis meses foi ultrapassado a meta institucional estabelecida que é de 0,1%, continuará sendo realizado o gerenciamento diário nas unidades pelos enfermeiros, os incidentes estão sendo notificadas como evento adverso com dano, para gerência de riscos. No protocolo de comunicação foi evidenciado que o registro de mudança de quadro clínico pelo médico foi observado uma média de 80% de registro adequado. E protocolo de Segurança no uso de medicamentos conseguimos identificar que os colaboradores já conseguem perceber a necessidade de notificar erros de administração, isso reflete que a cultura de segurança já está instalada, com oportunidades de melhorias contínuas para instituição. Ainda no protocolo de identificação observou que quando o paciente não estava identificado com a pulseira de identificação era porque a mesma era retirada para realização de algum procedimento. E o protocolo de prevenção de Higienização das mãos observou que ainda temos profissionais ainda resistentes ao uso de adornos. Considerações Finais: Tais questões permitem inferir a relevância do envolvimento e atuação de uma equipe multidisciplinar no plano de Segurança do paciente, trazendo ao cotidiano às boas práticas que são capazes de minimizar riscos e estabelecer barreiras na prevenção dos incidentes relacionados à assistência. Neste contexto os protocolos de prevenção atuam como ordenadores de processo, permitindo evidenciar brilhantes resultados de um processo seguro.

Palavras-chave: Assistência à Saúde, Segurança do Paciente, Gestão Hospitalar.

Título: Gestão dos Medicamentos Hospitalares: Implantação da Regulamentação dos Frascos Multidoses.

Autores: Liliane Barreto Teixeira, Caroline Santos Capitelli Fuzaro, Patricia Borges Peixoto, Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira

Resumo:



Introdução: Os recipientes multidoses de medicamentos ou recipientes para doses múltiplas são recipientes herméticos que possibilitam a retirada de porções sucessivas de seu conteúdo, sem modificar a concentração, a pureza e a esterilidade da porção remanescente. As formas farmacêuticas em frascos multidoses são as pomadas, cremes, colírios, insulinas, soluções orais e de inalação. **Objetivos:** Normatizar a utilização dos medicamentos padronizados apresentados em frascos multidoses no Hospital de Clínicas da Universidade Federal (HC-UFTM); divulgar a lista com as estabilidades dos medicamentos multidoses e cuidados com o armazenamento; padronizar etiqueta para registro de estabilidade/validade destes medicamentos, após abertura e estabelecer medidas de cuidados no manuseio dos produtos em recipientes multidoses para garantir a estabilidade dessas preparações. **Metodologia:** O serviço de farmácia elaborou e implantou a regulamentação de frascos multidoses em 2018. Houve a padronização da tabela dos medicamentos com os prazos de validade dos medicamentos apresentados em frascos multidoses e o modelo padrão de etiqueta para o registro de abertura dos frascos multidoses. O controle da validade dos mesmos é realizado pela enfermagem e após o término do medicamento é dispensado novo medicamento mediante a entrega do frasco vazio. **Resultados:** As equipes apresentaram ampla adesão a nova rotina de regulamentação dos frascos multidoses, houve a redução dos estoques periféricos nas unidades assistenciais, além da garantia da estabilidade do medicamento e normatização dos prazos de estabilidade após abertura dos frascos multidoses. **Considerações finais:** A implantação desta rotina contribuiu para a farmacovigilância e segurança do paciente âmbito hospitalar.

Palavras-chave: Farmacovigilância, Estabilidade de Medicamentos, Segurança do Paciente.

Título: Gincana da Segurança: O Uso de Metodologias Ativas como Facilitador do Aprendizado.

Autores: Nárya Maria Gonçalves de Brito, Andrezza Saraiva Bezerra, Anne Rafaela Tavares de Moura, Bergson de Brito Moura, Fabiana de Sousa Alves, Demostênia Coelho Rodrigues

Resumo:

Assegurar e garantir protocolos de trabalho, mediados pela qualidade e diminuição de riscos à saúde do usuário e do trabalhador, são elementos indissociáveis das instituições de saúde que buscam a excelência de seus serviços. Para tal, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu desafios globais para a Segurança do Paciente. Nesse ínterim, baseado nas metas internacionais da OMS, o Brasil formulou 6 metas de segurança: reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio de campanha de higienização das mãos, assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos, fortalecimento da identificação correta do paciente, comunicação efetiva, segurança na cadeia medicamentosa, prevenção de quedas e lesão por pressão. Entretanto, estimular ações voltadas à Segurança do Paciente constitui ainda um desafio

para o fortalecimento da cultura de segurança visto que a dinâmica assistencial muitas vezes se sobrepõe às atividades educacionais. Esse estudo objetiva relatar o benefício da utilização de metodologia ativa para fortalecer o conhecimento dos profissionais acerca das metas de segurança do paciente e do gerenciamento de risco. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre ação denominada “Gincana da Segurança” realizada pela Comissão de Segurança do Paciente em parceria com a mesogestão do Hospital Regional do Cariri, que ocorreu de 17 a 26 de abril de 2019. A partir das inscrições foram criados 6 grupos de 10 pessoas, cada um representando uma meta de Segurança, definidos por sorteio. Os grupos foram apresentados a 6 desafios: 1. Fortalecer a saúde do meio ambiente com a arrecadação do maior peso possível de materiais recicláveis - por mês a instituição recicla em média 2 toneladas, nos 9 dias da gincana arrecadou-se 3 toneladas de lixo que deixaram de contaminar o meio ambiente. 2. Conseguir o máximo de doadores de sangue e/ou cadastro no Banco de medula óssea - por mês são realizadas aproximadamente 15 doações na Instituição, na Gincana foram realizadas 63 doações representando um incremento de 320%. 3. Fortalecer a Integração e comunicação - cada equipe criou um grito de guerra, escolheu seu capitão e logomarca, promovendo a integração da equipe e o primeiro contato com a meta de segurança representada. 4. Fortalecer o conhecimento técnico sobre Segurança do Paciente - as equipes deveriam levar convidados para palestra sobre Segurança do Paciente, nesse evento participaram 128 pessoas. 5. Fortalecer a atitude relacionada as metas de segurança - As equipes participaram de atividades lúdicas envolvendo as 6 metas de segurança do paciente levando os participantes a exercitarem o aspecto atitudinal e cognitivo. 6. Apresentar um talento relacionado a meta de segurança - foi realizado um show de talentos onde as equipes puderam reforçar o cognitivo sobre as metas a cada uma relacionada. Contudo, percebe-se que a utilização de metodologias ativas favorece a adesão dos profissionais e maior discussão acerca do tema proposto. Observa-se que, mesmo não sendo objetivo da Gincana, esta promoveu integração entre setores e equipe multidisciplinar bem como fortaleceu os valores da Instituição promovendo um clima organizacional mais propício à segurança do paciente.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Segurança do Paciente, Tecnologia Educacional.

Título: Google Drive: Ferramenta para Gerenciamento da Informação em Hospitais com Recursos Limitados.

Autores: Kelly Cristina Inoue

Resumo:

Nos hospitais, os múltiplos e complexos processos de trabalho pressupõem a situações de risco e demandam o uso de uma gama variável de recursos e equipamentos que se relacionam à ocorrência de falhas e/ou erros durante a assistência, com ou sem dano ao paciente. Nesse

cenário, o reconhecimento de incidentes e eventos adversos pode subsidiar o diagnóstico situacional para o planejamento de ações corretivas, preventivas e/ou de melhorias, que contribuam à maior qualidade e segurança no cuidado. A notificação de incidentes e eventos adversos na assistência à saúde tem sido fortalecida pela normatização e regulação sanitária. Contudo, dados de diferentes casos reportados no Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária (NOTIVISA) devem se tornar informações para o gerenciamento de risco em cada hospital. Além do apoio da alta gestão e movimento da comunidade hospitalar direcionado à cultura de segurança, é preciso tornar o mecanismo de notificações e gerenciamento de informações mais dinâmico e eficiente, utilizando-se de sistemas informatizados. Para isso, existem programas computacionais comercialmente disponíveis para aquisição pelos hospitais e, alternativamente, cada qual pode investir no desenvolvimento de seu próprio sistema. Ao considerar que a segurança do paciente deve ser alcançada em consonância aos recursos disponíveis, muitos hospitais ainda trabalham com o recebimento de notificação de incidentes e eventos adversos, assim como realizam seu controle e análise, manualmente. Uma alternativa economicamente viável pode ser representada pelo uso dos recursos do Google Drive, que viabiliza a construção de Formulários Google com possibilidade de vínculo com Planilhas Google. A saber, o Google Drive é um disco virtual, oferecido como um serviço de armazenamento e sincronização/compartilhamento de arquivos pela Google desde 2012, com 15GB de espaço gratuito e armazenamento indeterminado para contratação de contas empresariais. O objetivo deste ensaio foi descrever a construção e uso do Formulários Google como ferramenta para o gerenciamento da informação relacionada aos incidentes e eventos adversos no ambiente hospitalar. Tanto para a elaboração como para a notificação e gerenciamento da informação, é indispensável o uso de dispositivo eletrônico com acesso à internet. Após criar uma conta Google, o gerente de risco deve acessar o Google Drive e adicionar um Formulário Google, o qual é altamente intuitivo e oferece a possibilidade de se criar campos para o preenchimento de respostas discursivas ou com alternativas (únicas ou múltiplas). Assim, os formulários impressos habitualmente utilizados para notificação, podem configurar o modelo eletrônico de cada hospital. Findada a construção do formulário, o mesmo pode ser enviado por e-mail a cada colaborador do hospital e/ou ter seu link compartilhado e fixado na barra de favoritos dos computadores institucionais. As respostas podem ser visualizadas individualmente em ficha e, coletivamente em gráficos pré-configurados na área de edição (restrita ao gerente de risco); além disso, pode-se vinculá-las a uma Planilha Google e acrescentar variáveis de investigação e análise, inserindo-se validação de dados para visualizações filtradas de informações adicionais. Considera-se que esta é uma oportunidade de baixo investimento e avanço no gerenciamento de notificações em hospitais com recursos limitados, já que se vive a era digital.

Palavras-chave: Gestão de Riscos, Segurança do Paciente, Notificação, Evento Adverso, Informática em Saúde.



Título: Higienização das Mãos: Avaliação da Adesão e da Prática dos Profissionais de Enfermagem no Controle das Infecções Hospitalares.

Autores: Matheus Rodrigues Benedito do Monte; Hospital Arnaldo Gavazza Filho

Resumo:

Introdução: A higiene das mãos é considerada a medida mais eficaz e simples no controle e prevenção das infecções relacionadas à assistência a saúde (BRASIL, 2015). Devem higienizar as mãos todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantêm contato direto ou indireto com os pacientes e que manipulam medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado (WHO,2006). Objetivo: Verificar a taxa de adesão geral à higienização das mãos pela equipe de Enfermagem de uma instituição hospitalar. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. É descritiva, pois é classificada e analisada por meio de técnicas estatísticas. O estudo foi realizado na Instituição Filantrópica Beneficente Hospital Arnaldo Gavazza Filho em Ponte Nova, Minas Gerais, durante os meses de maio a junho de 2018. A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 na qual regulamenta a pesquisa com seres humanos. A mesma foi submetida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga (FADIP), e aprovado conforme número do parecer 2.564.633, CAAE 79885717.3.0000.8063. Utilizou-se da estatística descritiva e analítica. Para análise estatística os dados foram digitados em planilhas do programa Excel e calculada a taxa de adesão à higienização das mãos, formada pela divisão entre o número de ações e o número de oportunidades, multiplicando esse resultado por cem. Resultados: Participaram do estudo 62 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 15 enfermeiros e 47 técnicos de enfermagem. A taxa de adesão geral foi de 45,16%. Os enfermeiros obtiveram a taxa de adesão de 69,33% e os técnicos de enfermagem, de 37,44%. Considerações finais: A taxa de adesão à higienização das mãos foi baixa. Abordagens multidisciplinares podem ser estratégias importantes para formar parcerias que desenvolvam a aprendizagem e a efetivação de práticas de higienização das mãos.

Palavras-chave: Higienização das Mãos, Controle de Infecção, Enfermagem.

Título: Hotelaria Hospitalar: A Experiência da Implantação em um Hospital Privado da Região Norte com Resultado em Melhorias na Gestão de Qualidade dos Serviços.

Autores: Rosilaine Keffer Delfino., Paula Caroline Pepa Oliveira

Resumo:

Este relato de experiência apresenta uma descrição da implementação de um novo conceito de hospedagem em um Hospital da rede privada na região Norte. Dio, Rettondini e Sousa (2005) relatam que a implantação dos preceitos da Hotelaria Hospitalar (HH) demonstram atenção e cuidado com os clientes, que percebem e se sentem beneficiados. Para que esse processo acontecesse foram necessárias diversas ações: enfermeira assumir a Gestão da Hotelaria em parceria com a gestão de pessoas, diagnóstico institucional, revisão de fluxos, buscar conhecimento sobre normas e atividades dos terceirizados como lavanderia, desenvolver e planejar as estratégias para coloca-las em prática. As ações evidenciadas, adotadas no hospital, aperfeiçoaram o clima organizacional juntamente com sensibilização e treinamentos dos envolvidos direta e indiretamente, além de melhorias na gestão da qualidade o que otimizou o serviço de saúde como um todo.

Palavras-chave: Hotelaria, Hospitalar, Qualidade.

Título: Identificação Correta do Paciente: Primeiro Passo para uma Assistência Segura.

Autores: Nárya Maria Gonçalves de Brito, Andrezza Saraiva Bezerra, Anne Rafaela Tavares de Moura, Suianne Ferreira Soares Alencar, Adélia Maria Rocha Soares, Rosângela Maria Araújo Teles

Resumo:

A segurança do paciente tem sido uma das grandes preocupações das instituições públicas e privadas. Por este motivo, iniciativas governamentais vêm sendo desenvolvidas e implementadas no intuito de identificar o usuário do serviço de saúde e dirimir as ocorrências que comprometem sua segurança e a qualidade da assistência. Nesse aspecto, a Organização Mundial da Saúde, em 2007, propôs nove ações destinadas a reduzir problemas relacionados à segurança, destacando, como a de maior importância, o aumento no índice de conformidade na identificação do paciente. Tendo em vista que no Hospital Regional do Cariri (HRC), um dos primeiros protocolos instituídos foi o protocolo de identificação segura do paciente, e compreendendo que a identificação do paciente é abrangente e de responsabilidade multidisciplinar, uma vez que envolve aspectos de estrutura, desenhos dos processos de trabalho, cultura organizacional, prática profissional e participação do usuário, optou-se como objetivo do estudo, demonstrar o incremento da adesão a identificação segura do paciente no Hospital Regional do Cariri. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre as ações realizadas pelo Núcleo de Gestão e Segurança do Paciente (NUGESP), Centro de Estudos e profissionais da assistência com vistas a melhorar a adesão da identificação do paciente em todos os setores do HRC no período de 2014 a 2019. O protocolo de Identificação Segura foi implantado em 2014, tendo como resultado da primeira auditoria 50% de adesão à identificação correta do paciente. A partir daí o NUGESP planejou ações

em parceria com a alta liderança e centro de estudos no intuito de fortalecer as capacitações passando a integrar o rol de treinamentos admissionais e obrigatórios da Instituição, incorporando inclusive os setores de apoio à assistência. Em seguida, a mesogestão, com apoio da equipe multidisciplinar, passou a participar das ações de incentivo realizando auditorias semanais da conformidade dos critérios do protocolo e reforçando a interação entre os processos para assegurar a disponibilização de materiais adequados ao protocolo. Em 2019, por ocasião da revisão do mapa estratégico da instituição o tema foi incorporado no desdobramento das metas para garantia da segurança do paciente, passando a integrar as pautas sistemáticas da alta gestão. Diante das ações realizadas, o time de auditores internos do hospital evidenciou, em 2019, adesão de 90% aos itens de identificação do paciente, demonstrando um aumento de 80% em relação a 2014. Desse modo, percebe-se que a identificação correta do paciente está sendo assimilada pela equipe multiprofissional e que esforços integrados levaram a melhoria desta favorecendo a segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Gestão em Saúde, Sistemas de Identificação de Pacientes.

Título: Identificação dos Fatores Associados à Pneumonia Aspirativa.

Autores: Eudinéia Luz Schmitz, Stephanie Costa Mass, Cristiane Gonçalves Montibeller, Tyalla Duarte Patrício, Ana Maria Furkim, Karen Fontes Luchesi

Resumo:

Introdução: A disfagia orofaríngea é um distúrbio que interfere no processo de deglutição, podendo acarretar em desnutrição, desidratação e pneumonias. A pneumonia nosocomial, além de ser uma das mais comuns infecções adquiridas em ambiente hospitalar, possui grande impacto tanto na morbidade quanto na mortalidade, aumentando significativamente o tempo de internação e os custos hospitalares, colocando em risco a segurança do paciente. **Objetivo:** Identificar fatores que aumentam a chance de pneumonia nosocomial em pacientes com alteração de deglutição. **Métodos:** Estudo quantitativo, observacional do tipo caso-controle documental, realizado na enfermaria de neurologia do Hospital Governador Celso Ramos em Florianópolis (SC). O grupo de casos foi constituído por indivíduos com alteração de deglutição, internados em 2017, maiores de 18 anos, com pneumonia adquirida após 48 horas da admissão hospitalar. O grupo controle foi composto por indivíduos com alteração da deglutição, internados em 2017, maiores de 18 anos, sem pneumonia na admissão ou durante a internação. Ambos os grupos foram compostos por indivíduos com alteração na deglutição. **Resultados:** A amostra foi composta por 83 pacientes, sendo 11 casos e 72 controles, tendo com causa de internação mais frequente o acidente vascular encefálico e, como comorbidade a hipertensão arterial. Na análise univariada foi encontrado que

os fatores com maior relevância para pneumonia foram: o tempo de internação, menor nível na escala funcional de ingestão por via oral (FOIS), o uso de SNE e a presença de sinais clínicos de penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal. Já no modelo multivariado, apenas a presença de sinais clínicos de penetração laríngea ou aspiração laringotraqueal aumentou a chance de pneumonia. Considerações Finais: Os fatores associados à pneumonia nosocomial foram os sinais clínicos de penetração/aspiração identificados em triagem/avaliação e o uso de sonda nasoesférica. A identificação precoce dos riscos de disfagia por todos os profissionais da saúde, e a intervenção precoce do fonoaudiólogo visando a segurança durante a alimentação, torna-se primordial como medida de redução de eventos adversos que afetam a segurança do paciente e a qualidade do cuidado no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Pneumonia, Aspiração, Disfagia, Internação Hospitalar, Dieta Enteral.

Título: Identificação Segura do Paciente: Implementação de uma Ferramenta Eletrônica.

Autores: Emeline Moura Lopes, Eugenie Desirée Rabelo Néri, Cleisson Silva dos Santos, Anderson Bezerra Calixto, Simone Maria Pinheiro Meireles, Carlos Augusto Alencar Junior

Resumo:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que uma das metas internacionais de segurança do paciente refira-se à identificação segura dos e recomenda que as instituições de saúde desenvolvam e executem programas e ferramentas para uma correta identificação. Esse processo deve ser aplicado a pacientes internados e identificação de corpo, por meio do uso de pulseiras, placas de leito ou outras estratégias. Este trabalho objetiva, portanto, relatar a implantação de uma ferramenta eletrônica de identificação de paciente em uma maternidade escola cearense, com foco na placa de identificação de leito. Tal instituição possui 174 leitos, entre adultos e de neonatologia, já dispunha do protocolo de identificação segura e faz parte de uma rede de administração hospitalar da esfera federal, a qual já obrigava a identificação por pulseira e disponibilizou um modelo inicial da placa com dados mínimos a serem registrados, contudo, de preenchimento manual. A partir do *layout* inicial sugerido, foram realizadas reuniões com chefias dos setores de internação com vistas a identificar informações a serem inseridas. Tal etapa foi essencial neste processo, pois, permitiu elencar as demandas dos setores, envolveu a equipe assistencial direta, o que aumentou a possibilidade de adesão à ferramenta. Entre os dados mínimos citam-se nome, data de nascimento, número do prontuário e riscos assistenciais. Após as reuniões, foram inseridas informações como idade gestacional, Apgar, hemovigilância e outros, adequando à realidade da assistência. Posteriormente, a fim de facilitar e dar celeridade à identificação dos pacientes quando da admissão, foi desenvolvida ferramenta eletrônica, em que, uma vez que a internação do paciente esteja registrada, a placa é gerada de forma automática,

requerendo apenas sua impressão. Para tanto, a demanda foi partilhada com o setor de tecnologia da informação (TI) da instituição, que desenvolveu a Ferramenta de Identificação Segura do Paciente (FISP), sítio no qual são disponibilizadas as placas de identificação dos leitos em seu ponto de impressão. Dessa forma, garante-se que os pacientes estejam devidamente internados no sistema da instituição, o que é premissa para emissão da placa; extingue-se o risco de ilegibilidade e garante-se comunicação visual dos dados de identificação do paciente no ato do cuidado. Destaca-se que a FISP gera placas de identificação de leitos, de dietas e de corpo (óbito), a partir da relação com sistema eletrônico da instituição, do qual são extraídos os dados. Ressalta-se ainda que a execução da identificação do leito através das placas foi inserida no processo de trabalho da equipe de enfermagem, que após treinamento se tornou responsável pela fixação da placa no leito dos pacientes. Após implantação, periodicamente são realizadas visitas de verificação, observando-se a presença da placa de identificação, a fim de garantir que todos os pacientes estejam com seu leito identificado. Nesse ínterim, em 2018, a média de adesão à placa de identificação foi de 92,7%. Considerando a identificação segura como meta para segurança do paciente, o uso de placas para identificação dos leitos configura-se como mais uma barreira para prevenção de eventos adversos e colabora para a garantia de um cuidado individualizado, direcionado e seguro.

Palavras-chave: Identificação Segura, Segurança do Paciente, Ferramenta Eletrônica.

Título: Impacto da Auditoria de Adesão à Higiene de Mãos na Redução de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde na Retaguarda da Emergência de um Hospital Público Secundário.

Autores: Renata Teixeira, Mariana Pereira Bataline

Resumo:

Introdução: As infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são o principal evento adverso grave notificado nos serviços de saúde, possuem alta morbimortalidade e impactam em tempo de permanência hospitalar e custos associados à internação¹. Pacientes críticos, pela necessidade de múltiplas invasões, possuem ainda maiores riscos de IRAS. É imprescindível, portanto que todos os cenários que prestam cuidados a esses pacientes utilizem de métodos sistematizados de prevenção dessas afecções. A higiene de mãos é uma medida simples e com impacto comprovado na prevenção de IRAS e o monitoramento dessa medida é capaz de melhorar as taxas de adesão aos 5 momentos preconizados². **Objetivo:** Demonstrar o impacto na redução de IRAS numa unidade de retaguarda do setor de emergência em um hospital público secundário após a implantação da auditoria dos cinco Momentos para higienização das mãos. **Método:** No segundo trimestre de 2018, foi implementada auditoria de adesão aos cinco momentos de higiene de mãos dos colaboradores que prestavam assistência aos pacientes críticos no setor de retaguarda da emergência. As



auditorias foram realizadas por meio de observação direta da higienização das mãos conforme as oportunidades de higienização segundo as recomendações da OMS (5 momentos). Os dados de adesão, a densidade de incidência (DI) de IRAS e o consumo de insumos utilizado para higiene de mãos no setor foram monitorizados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Os dados foram discutidos com todos os membros da Comissão e com a equipe assistencial ao longo do período. Resultados: Após implantação da auditoria houve redução da DI de IRAS no setor de 2,1 (2018) para 1,3 (1º trimestre/2019), e aumento significativo do consumo de insumos para higiene de mãos no setor (consumo médio de 2018=80ml/paciente-dia *versus* 120ml/paciente-dia no 1º trimestre/2019). Essa redução foi acompanhada por aumento gradativo nas taxas de adesão aos momentos de higiene de mãos (aumento de 48% para 92% ao longo do período) e aumento significativo do consumo de insumos para higiene de mãos no setor (consumo médio de 2018=80ml/paciente-dia *versus* 120ml/paciente-dia no 1º trimestre/2019). Após análise das auditorias, foi observado também aumento da adesão aos 5 Momentos para Higienização das Mãos em todas as categorias profissionais. Considerações Finais: Após implementação de auditoria de higiene de mãos no setor de retaguarda de emergência houve redução da DI de IRAS. O processo de vigilância de processos orienta medidas educativas e o “*feedback*” para a equipe contribui na compreensão da importância da higiene de mãos, o que facilita a incorporação da prática a um cuidado mais seguro.

Palavras-chave: Higiene de Mãos, Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

Título: Impacto da Sistematização da Hemovigilância na Segurança Transfusional em Hospital Secundário da Grande São Paulo.

Autores: Claudia Andrea Ceribeli Coutinho, Marta Lopes da Silva

Resumo:

Um dos pressupostos para o desenvolvimento da cultura da segurança do paciente é o trabalho em equipe e, para tanto, é necessário que profissionais de saúde incorporem e aprimorem a ideia da responsabilidade coletiva e compartilhada. O primeiro passo para a prevenção dos desvios assistenciais é admitir que ele é possível e que está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais da saúde necessitam compreender os tipos de eventos adversos e suas causas. Essas atitudes podem contribuir para a identificação precoce do erro e a tomada de decisão, prevenindo a ocultação e a negação das equipes, bem como estabelecendo estratégias de prevenção e recorrências das falhas identificadas e documentadas. A participação da Equipe do Serviço de Vigilância de Risco favoreceu a comunicação horizontal entre as equipes assistenciais e administrativas, possibilitando o alinhamento de processos gerais, fomentando a educação permanente dos profissionais, fortalecendo a cultura de Segurança do Paciente pela transparência



e comunicação dos desvios /eventos percebidos na prática assistencial fortalecendo assim a cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Risco, Segurança do Paciente, Equipe Multiprofissional

Título: Impacto da Participação do Serviço de Vigilância de Risco nas Reuniões das Equipes Multidisciplinares para o Fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente.

Autores: Andréia Leão Rodrigues, Alexandre Augusto Rabazallo Anacleto, Luiz Sérgio Almeida da Silva

Resumo:

Introdução: A medicina transfusional é um processo complexo que envolve o conhecimento e as habilidades de uma equipe multidisciplinar. Um sistema de hemovigilância é eficaz no monitoramento e na avaliação das informações obtidas se muito bem estruturado e consolidado. Além de proporcionar a implantação de medidas corretivas e preventivas minimizando os riscos aos pacientes. Diante deste contexto observou-se a necessidade da construção, estruturação e qualificação da segurança transfusional em nossa instituição. **Objetivo:** demonstrar o impacto da sistematização da hemovigilância na segurança transfusional em hospital secundário da grande São Paulo. **Resultados:** Para a construção, estruturação e qualificação do sistema de hemovigilância, as principais ações incluíram o desenvolvimento da gestão de qualidade e do risco e a consolidação da cultura de seus respectivos preceitos aos colaboradores, do sistema interno de notificação de eventos e quase eventos, do alinhamento técnico sobre o processo transfusional para 100% da equipe de enfermagem. Um marco fundamental para o avanço do processo foi o desenvolvimento do sistema de gestão hospitalar eletrônico que possibilitou o monitoramento em real time das transfusões desde a prescrição até pós-transfusão, auditoria em 100% dos prontuários e definição de trigger tool de prescrição de corticoide para busca ativa. Outras ações incluíram o monitoramento dos primeiros minutos de infusão com a enfermagem, implantação de sinalização beira leito, campanhas de conscientização em parceria com o gerenciamento de risco e cronograma mensal de palestras com o Hemoterapeuta. Em 2008 o número de casos notificados não chegou a 10, correspondendo apenas a 0,3% do total de bolsas transfundidas. Em 2018 os casos notificados superaram de 280, correspondendo mais de 1000% de aumento em relação aos números de 2008, e 3% de reações transfusionais confirmadas em relação ao total do ano de bolsas transfundidas. E um resultado muito importante que evidencia que as barreiras criadas foram eficazes na prevenção dos riscos é a não ocorrência de evento adverso grave relacionado a transfusão. **Considerações finais:** A consolidação do sistema de hemovigilância proporcionou maior segurança transfusional e ferramentas adequadas para os colaboradores na assistência ao cuidado



do paciente. No entanto, o sucesso deste sistema depende de procedimentos escritos e acessíveis; de indivíduos capacitados, comprometidos e engajados; e do apoio da alta direção.

Referências Bibliográficas:

1. Bordin, JO, Junior, DML, Covas, DT. Hemoterapia Fundamentos e Prática; 2007.
2. ANVISA. Boletim Anual de Hemovigilância. Brasília; 2008.

Palavras-chave: Hemovigilância, Segurança Transfusional.

Título: Impacto das Ações de Tecnovigilância no Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia – EBSEH: Relato de Experiência.

Autores: Monalisa Viana Sant'Anna, Iranete Almeida Sousa Silva, Kathlene Rocha dos Santos

Resumo:

Introdução: A Agência Nacional de Vigilância Sanitária define Tecnovigilância como um sistema de vigilância de Eventos Adversos (EA) e queixas técnicas que visa a segurança sanitária de produtos para saúde pós-comercialização, dos equipamentos, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico de uso "in vitro". A prática de notificação no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos teve início em 2000 e nessa direção, implantou ações de Farmacovigilância, Hemovigilância e Tecnovigilância vinculadas à Gerência de Risco. Relacionado à tecnovigilância, foram adotadas ações com o objetivo de proteger os pacientes e promover a redução dos riscos. Para tanto, foi dado início as notificações e monitoração de eventos adversos (EA) e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária em uso, tendo em vista que a Tecnovigilância atua conjuntamente ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Objetivo: Apresentar o impacto das ações de tecnovigilância no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia sob a administração da Ebserh. Métodos: trata-se de um relato de experiência do impacto das ações em tecnovigilância realizado em um complexo hospitalar universitário de Salvador, Bahia, Brasil, entre janeiro de 2016 e maio de 2019. Resultados: As principais queixas técnicas encontradas foram às relacionadas a artigos médico-hospitalares. No período deste relato houve 735 notificações das quais destacou-se o cateter venoso periférico e os fios de sutura. Quanto aos equipamentos médico hospitalares houve 123 notificações com ênfase nos glicosímetros. As ações de Tecnovigilância implantadas provocaram também mudanças nos processos de trabalho, além de possibilitar a representação e integração do setor em comissões relacionadas ao recebimento e avaliação de produtos hospitalares em processo licitatório, pela parceria com Setor de Suprimento, Almoxarifado e Qualidade de material. Possibilitou também, a melhoria da comunicação e adoção de condutas fundamentadas em protocolos, diretrizes e Procedimentos Operacionais Padrão. Conclusão:

Conclui-se que com a participação crescente dos profissionais da instituição, revela fortalecimento da cultura de notificação. Percebe-se que as ações da tecnovigilância favorecem a redução de custos com insumos e tem demonstrado ser um método eficaz que pode colaborar para melhoria da qualidade dos produtos e equipamentos médico-hospitalares.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Vigilância de Produtos Comercializados.

Título: Impacto de Iras em UTI de Trauma.

Autores: Francisco Wandemberg Rodrigues dos Santos, Lady Rosany Silva Almeida Venâncio, Isrraelly Mororó Passos Aragão, Cristiane Gonçalves Lavor Barreto, Márcia Cristina Alves Azevedo

Resumo:

Esse estudo de coorte, prospectivo e observacional, ocorreu no período de janeiro de 2018 a junho de 2019, em Unidade de Terapia Intensiva, de Hospital Terciário de referência regional, de atendimento emergencial de trauma. No total foram acompanhados 266 pacientes adultos, sendo 188 homens (70,7 %) com 37 anos de mediana, e 78 mulheres (29,3 %) com 51 anos de mediana. Que representa o perfil dos pacientes atendidos no hospital. Com taxa de sobrevivência de 69 %, sendo 67 % masculina e 73 % feminina. Os pacientes que apresentaram IRAS no decorrer do tratamento totalizaram 94, sendo 72 homens (77,6 %) e 22 mulheres (22,4 %), com taxa de sobrevivência de 59,1 % masculina, com mediana de idade de 27,5 anos e mediana de tempo de internamento de 24,5 dias; e 72,7 % feminina, com mediana de idade de 47 anos e mediana de tempo de internamento de 20,5 dias. Os pacientes que faleceram que apresentaram IRAS a mediana de idade de 38 anos no sexo masculino e 63,5 anos no sexo feminino. Os pacientes que não apresentaram IRAS no decorrer do tratamento totalizaram 172, sendo 131 homens (76,1 %) e 41 mulheres (23,9 %), com taxa de sobrevivência de 71 % masculina, com mediana de idade de 39 anos e mediana de tempo de internamento de 9 dias; e 65,8 % feminina, com mediana de idade de 59,5 anos e mediana de tempo de internamento de 7,5 dias. Os pacientes que faleceram que não apresentaram IRAS a mediana de idade de 48,5 anos no sexo masculino e 59,5 anos no sexo feminino. Os pacientes que apresentaram duas IRAS no decorrer do tratamento a mediana de tempo de internamento foi de 36 dias, sendo 34 dias na população masculina e 40 dias na população feminina. Podemos concluir que o impacto no tempo de internamento pode ser de 2,4 a 3,8 vezes maiores nos pacientes com IRAS, e que a mediana da faixa etária de mortalidade reduz em uma década. Produzindo um impacto negativo na sobrevida dos pacientes, na rotatividade de leitos de UTI, com implicações na disponibilização desses preciosos leitos aos pacientes em atendimento no serviço de emergência, além dos custos associados a unidade hospitalar e ao sistema de saúde como um todo.

Palavras-chave: IRAS, Trauma, Taxa de Sobrevivência, Tempo de Internamento.

Título: Implantação de Barreira de Segurança Tátil-Visual em Terapia Nutricional Enteral por Gastróclise em uma Unidade Neonatal: Relato de Experiência.

Autores: Gabrielle Mendes Gott, Rhaquel de Moraes Alves Barbosa Oliveira, Eugenie Desirée Rabelo Néri

Resumo:

O uso da terapia nutricional enteral é muito comum nas unidades de neonatologia para indivíduos sem condições de deglutir, quando os mesmos não conseguem atingir pelo menos 70% de suas necessidades nutricionais diárias por via oral. A alimentação enteral por gastróclise é uma variação da administração da dieta enteral que favorece a introdução de alimentos no estômago por sonda gástrica, utilizando uma bomba infusora para administrar de forma lenta e uniforme, no tempo determinado. É considerado um procedimento de alta complexidade, por exigir: o manejo de equipamentos e dispositivos para sua administração, a presença da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e protocolos clínicos bem definidos. Em UTI neonatal o risco de erro na via de administração de dieta é aumentado em virtude da existência de múltiplos dispositivos e da necessidade de penumbra. O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência na implantação de uma barreira tátil-visual de segurança na administração de terapia nutricional enteral por gastróclise em UTI neonatal, com o objetivo de evitar a ocorrência de eventos adversos relacionados a instalação de dieta em via errada (via endovenosa). A barreira foi implantada no período de janeiro a maio/2018, em uma unidade de terapia intensiva neonatal de uma maternidade de referência em Fortaleza/CE. Erros no processo de identificação da via correta para administração de dieta enteral podem levar à infusão em via errada, resultando em eventos adversos graves, algumas vezes letais. A observação sistemática da prática de administração de dietas enterais na neonatologia, suscitou questionamentos sobre a similaridade dos dispositivos da linha venosa e o da linha enteral, sinalizando risco elevado para a ocorrência de erro. Diante do risco, um grupo de trabalho foi montado para estudar a melhor forma de identificação para os dispositivos, de modo a reduzir o risco existente, chegando-se ao designe de um adesivo vinílico, com extensão redonda, de cor alaranjada, com inscrição “EV”, facilmente percebido ao tato. Em discussão com a equipe de enfermagem da unidade, foi selecionado como local de identificação a extremidade distal de todos os acessos venosos dos pacientes em dieta enteral por gastróclise. Para a implantação do novo processo de trabalho, foram confeccionados os adesivos; elaborado procedimento operacional padrão para identificação segura da via endovenosa; e treinamentos em serviço, garantindo a disseminação da informação. Foram treinados todos os profissionais da enfermagem. Na UTI neonatal a prática de identificação da via venosa foi definida como responsabilidade do enfermeiro assistencial, visto sua criticidade para a segurança. Tal medida implantada foi avaliada como exitosa pela equipe de enfermagem da neonatologia, que considerou ser uma medida protetora da segurança de pacientes e dos profissionais, sendo estratégica para a prevenção de eventos adversos graves em terapia nutricional. Diante dos resultados obtidos,

pudemos concluir que devemos identificar a via endovenosa de pacientes em terapia nutricional enteral por gastróclise e instituir rotinas de observação sistematizada dos processos assistências que envolvem maior risco, identificando e implementando ações preventivas (barreiras) que reforcem a segurança do paciente, integrando essa prática ao modus operandi e da cultura de segurança da Instituição.

Palavras-chave: Barreira de Segurança, Dieta Enteral, Segurança do Paciente.

Título: Implantação de Boas Práticas na Administração de Dieta Enteral para Prevenção de Erros e Eventos Adversos em uma Unidade Neonatal.

Autores: Graciele Trentin, Carolina Frescura Junges, Daniela Felício, Daniela Maçaneiro

Resumo:

Introdução: A Organização Mundial da Saúde define segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. No que diz respeito a segurança do paciente neonatal, apesar do conhecimento produzido e das discussões teóricas ainda recentes, é necessário priorizar as mesmas medidas já recomendadas aos pacientes em geral: identificação, prevenção e a notificação de erros e eventos adversos, visando a melhoria dos processos. A Unidade Neonatal abrange pacientes recém-nascidos com instabilidade fisiológica e hemodinâmica, que aliados a longos períodos de internação, elevam os riscos. Objetivo: Descrever a implantação de medidas de segurança do paciente nas práticas assistenciais para prevenção de erros e eventos adversos na administração de dieta enteral em pacientes internados em uma Unidade Neonatal. Resultados: O planejamento e a implantação das ações foram desenvolvidos pela equipe do serviço de nutrição e pelos profissionais da equipe de enfermagem. As práticas foram a criação e utilização de planilha para conferência entre o mapa nutricional diário e as seringas com leite, provenientes do lactário e a criação de etiqueta adesiva colorida, para etiquetar as seringas e os extensores de leite, nos casos em que há necessidade de administração por meio da bomba perfusora, a fim de criar alerta visual, para evitar que este equipo seja conectado erroneamente na via parental. A realização das ações ocorre em todos os turnos de trabalho. Observou-se que essas medidas simples, resultaram na redução das notificações ou queixas relacionadas as entregas e registros inadequados das seringas de leite, ou na administração da dieta enteral. Considerações finais: as ações interdisciplinares facilitaram a participação de todos os profissionais envolvidos no cuidado neonatal, tornando o processo aplicável à realidade. A constatação imediata dos benefícios à segurança do paciente, por meio da prevenção de agravos na administração da dieta enteral, contribuiu para a adesão às boas práticas.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Cuidados Neonatais.

Título: Implantação de Melhorias na Gestão de Risco do Processo de Vacinação.

Autores: Margaret Comitre Balestro, Patricia Citelli Berger, Sandra Oliveira Guaré, Leila Maria Albertini Reis, Iranildes Araujo Santana Da Cruz, Ana Ligia Padovan Brunello

Resumo:

A vacinação tem por finalidade a imunização de doenças infecciosas tanto na gestação como no puerpério, protegendo não somente a mãe, mas também o recém-nascido através da passagem de anticorpos, tanto pela via transplacentária, quanto pela amamentação. Esta tem a função de proteger a criança de patógenos que causam infecções durante os primeiros meses de vida, período de sua maior vulnerabilidade. Visando a continuidade da atenção básica à saúde neste contexto, o Hospital Municipal Vereador José Storopolli, tem se empenhado na atuação da Gestão do Risco, promovendo ações de melhorias para redução dos eventos adversos neste processo. Este trabalho tem por objetivo descrever a experiência da implantação de melhorias no processo de vacinação através da análise de um incidente ocorrido em fevereiro de 2019, na Unidade da Maternidade, onde ocorreu a administração de vacinas trocadas “diferentes a prescrição médica”. Devido a notificação da ocorrência, iniciou-se a investigação através da ferramenta de PDCA, possibilitando a identificação das seguintes fragilidades no processo: câmara fria de armazenamento de vacinas, localizada em unidade (UTI Neonatal) distante de onde ocorreu o evento (Maternidade), falta de organização e identificação das vacinas, falta de processo de dupla checagem. Mediante o observado, foram tomadas as seguintes ações: organização da câmara fria por tipo de vacina, em espaços físicos/prateleiras de cores diferentes, implantação do processo de dupla checagem no preparo e administração, além da capacitação de colaboradores dos setores envolvidos. Em relação ao desfecho deste evento, as pacientes não apresentaram nenhuma reação adversa durante a internação. Permanecem sendo acompanhadas mensalmente no ambulatório até o período de seis meses após a alta. Até o momento não há registro de nenhuma reação adversa em relação ao evento. Concluiu-se que a análise e priorização de ações de melhorias imediatas através da Gestão de Riscos, resultam na mitigação dos desfechos de eventos adversos e impactam positivamente na organização, contribuindo com o plano de Cultura de Segurança do Paciente.

Palavras-chave: Melhorias em Vacinação.

Título: Implantação de Planilha de Controle de Integridade da Pele na UTI, uma Abordagem Diária na Avaliação e Conduta no Tratamento das Lesões por Pressão.

Autores: Natália Salvador Banhos, Ariane Ranzani Rigotti

Resumo:

Introdução: Após o acompanhamento mensal dos indicadores referentes às notificações de Lesão Por Pressão (LPP) na UTI, o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Emílio Carlos, constatou a subnotificação, onde por diversos meses não conseguimos acompanhar o desenvolvimento destas lesões, se ocorriam durante a internação, ou se o paciente já era admitido na unidade com lesão, frente a esse desafio, foi elaborado pelo Comitê de Prevenção de Lesão por Pressão a Planilha de Controle de integridade da Pele. **Objetivo:** Identificar a incidência de LPP entre pacientes críticos em UTI e avaliar a qualidade da assistência prestada pela enfermagem na prevenção e tratamento de LPP. **Conscientizar** a equipe de enfermagem sobre a importância da avaliação diária e notificação das LPP. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, quantitativo e descritivo, realizado na UTI adulto (10 leitos) de um hospital escola público com atendimento de média complexidade, inserido na Rede Sentinela. A Planilha de Controle de Integridade da Pele foi implantada em Janeiro/2019, seu preenchimento é diário e fica sob responsabilidade do Enfermeiro acompanhar o banho e o curativo dos pacientes, anotar as condições da pele, avaliar as lesões e a conduta de tratamento, bem como notificar ao Núcleo de Segurança do Paciente o surgimento de LPP durante a internação e/ou comunicar se o paciente já foi admitido com alguma LPP. Ao final de cada mês essa planilha é recolhida e substituída pela planilha do mês atual. Os dados alimentados diariamente na planilha nos permitem um acompanhamento real das condições do paciente pela equipe multidisciplinar. **Resultados:** Após a implantação da Planilha de Controle de Integridade da Pele como rotina na UTI, conseguimos sair da subnotificação das LPP no setor e avaliar a qualidade dos cuidados e assistência de enfermagem prestada no setor. Estamos constatando também a dificuldade da equipe em avaliar e diferenciar uma Lesão de Pele de uma Lesão Por Pressão, pois a avaliação precoce e a observação diária são os diferenciais na evolução dessas lesões. **Considerações finais:** A implantação da planilha como rotina diária na UTI é apenas uma ferramenta para desenvolver um hábito diário de avaliação, registro e conduta de tratamento das lesões que os pacientes podem apresentar durante sua internação, fizemos esse projeto piloto na UTI e vamos estender para as demais enfermarias do hospital. Temos um longo caminho para percorrer com o treinamento e conscientização da equipe, mas após a implantação da planilha estamos envolvendo toda equipe multidisciplinar na prevenção das LPP e segurança dos nossos pacientes na instituição.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Qualidade da Assistência de Enfermagem, Prevenção de Lesão por Pressão.



Título: Implantação do Comitê de Segurança do Paciente em um Hospital da Rede Sentinela no Ceará: Um Relato de Experiência.

Autores: Josenira Maria Claudio de Lima; Bruna Moreira Barros; Adelaide Rosita Pereira Botelho Costa; Rita Edna da Silveira dos Anjos; Maria Celina Saraiva Martins;

Resumo:

Introdução: Em 1 de abril de 2013 o ministério da saúde instituiu o programa nacional de segurança do paciente a partir da portaria de número 529 de 2013 com o intuito de promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de núcleos de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde. A partir disso, hospitais de todo o país tem se adequando à portaria e implantado os núcleos de segurança do paciente. Objetivos: Este trabalho objetiva relatar a implantação do comitê de segurança do paciente em um hospital da rede sentinela em Fortaleza, no Ceará. Métodos: O estudo realizado é descritivo, do tipo relato de experiência. O cenário foi um hospital da rede sentinela na cidade de Fortaleza, no Ceará, referência em cardiopneumologia. Trata do período de implantação do comitê de segurança do paciente, de junho de 2013 a maio de 2019. O relato baseou-se na vivência, observações e anotações dos autores. Resultados: O comitê de segurança do paciente foi instituído por portaria interna em junho de 2013, sendo o órgão de assessoramento à direção geral, tendo caráter permanente, consultivo, deliberativo, articulador e incentivador, com interfaces. Possui agenda periódica com gestores das diversas áreas, tendo assento permanente a gerência de risco, escritório da qualidade, comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH), farmácia, centro cirúrgico, enfermagem, vigilância epidemiológica e educação continuada. Observou-se vários avanços relacionados à segurança do paciente. Houve a identificação de medicamentos potencialmente perigosos (MPP) através de etiquetas vermelhas. Foram realizados dois fóruns em alusão ao mês pela segurança do paciente, que ocorreram em abril de 2016 e abril de 2018. Em abril de 2019 houve oficinas sobre a temática, reforçando a prevenção de infecção primária de corrente sanguínea, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção do trato urinário. Além disso, estão em fase de implantação o protocolo de prevenção de lesão por pressão e o protocolo de queda. Considerações Finais: A experiência apresentada indica que a implantação do comitê de segurança do paciente impactou positivamente na cultura de segurança da organização, funcionando como um catalisador de mudanças nos processos de trabalho, o que aumenta a qualidade do serviço prestado e segurança dos pacientes.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Cultura Organizacional



Título: Implantação do Serviço de Farmácia Clínica em Hospital Universitário Terciário: Como Estamos?

Autores: Mayra Carvalho-Ribeiro, Mariane Galvão Roberto Tavares, Elis Azevedo, Cristina Rosa Barbosa, Andrea Castro Porto Mazzucca, Alessandra Nazareth CP Roscani

Resumo:

Introdução: A farmácia clínica é reconhecida mundialmente como uma atividade capaz de prevenir eventos adversos relacionados a medicamentos. Apesar disso, a implantação desse serviço ainda tem sido difícil em alguns hospitais públicos, devido à falta de profissionais e/ou recursos disponíveis para esta atividade. **Objetivo:** Descrever o processo de implantação da farmácia clínica em hospital universitário terciário e apresentar os resultados do serviço. **Método:** Foram designados dois farmacêuticos do serviço para dedicarem tempo parcial à farmácia clínica, direcionados para as unidades de terapia intensiva, unidade de emergência referenciada e enfermarias especializadas em transplante de medula óssea (TMO), hematologia e oncologia clínica. As unidades descritas representam 63 leitos de internação e 38 de emergência. O serviço de farmácia contou ainda com o apoio de dois residentes farmacêuticos e uma estagiária. A equipe de farmacêuticos elaborou uma ficha de acompanhamento farmacoterapêutico baseada no trabalho publicado por Chan et al (2011) e pactuou junto às equipes médicas e de enfermagem a data para início das atividades (janeiro de 2018). Os dados das intervenções farmacêuticas (IFs) realizadas no período de janeiro de 2018 a abril de 2019 foram contabilizados e classificados conforme aceitabilidade, tipo de intervenção e classe terapêutica envolvida. **Resultados:** Foram realizadas 5626 IFs no período, com aceitabilidade variando entre 86% a 96% conforme a unidade. As principais IFs estavam relacionadas à dose supratrapêutica ou subtrapêutica, medicamentos desnecessários ou contra-indicados prescritos, condições clínicas não tratadas e necessidade de documentação para garantia de acesso aos medicamentos (ex. formulários de solicitação de medicamentos de uso restrito e antimicrobianos). Tais categorias abrangem 67% das IFs realizadas. Quanto às classes terapêuticas, os antimicrobianos, anticoagulantes, inibidores de bomba de prótons, opioides e benzodiazepínicos são as classes terapêuticas mais comumente associadas às IFs, correspondendo a 63% das IFs realizadas. Considerando-se apenas os 20 medicamentos mais envolvidos nas IFs, observa-se a presença de 7 medicamentos de alta vigilância (enoxaparina, heparina não fracionada, fentanila, morfina, propofol, midazolam e insulina regular). Tais medicamentos estavam envolvidos em 27% das IFs realizadas. **Considerações finais:** A farmácia clínica permitiu a aproximação do farmacêutico da equipe multiprofissional e dos pacientes, favorecendo o cuidado farmacêutico. Tal trabalho foi amplamente aceito pelas demais equipes assistenciais, como demonstrado pela aceitabilidade das IFs. Apesar da dedicação em tempo parcial dos profissionais, foi possível alcançar número relevante de IFs realizadas, principalmente nos problemas relacionados à dose dos medicamentos prescritos. A grande proporção de medicamentos de alta vigilância envolvidos nas IFs mostra que a atividade do



farmacêutico clínico é capaz de reduzir eventos adversos relacionados a estes medicamentos, aumentando a segurança do paciente.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica, Farmácia Hospitalar, Prescrições de Medicamentos.

Título: Implementação de Escala Visual a Beira Leito para Acompanhamento de Progressão/Regressão de Lesões por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva.

Autores: Francisco Ariel Santos da Costa, Fabiara Lima Parente, Fabiene Lima Parente, Francisco Antônio Carneiro Araújo, Kairo Cardoso da Frota

Resumo:

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são setores hospitalares que abrangem as mais diversas patologias, de modo geral de pacientes graves ou com potencial risco para complicações importantes que colocam diretamente em risco a vida, necessitando de monitorização multiparâmetros e cuidados multiprofissionais especializados. Dentre as especificidades deste público, surge a preocupação com a integridade da pele, pois o tempo prolongado de internação, patologia, estado nutricional e demais fatores associados podem contribuir para o surgimento de Lesões por Pressão (LPP) nas diversas áreas da superfície corporal, sendo potencialmente graves para cada caso e estágios de evolução, podendo colaborar com demais eventos adversos como Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e perda de função tecidual a depender do local afetado. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária categoriza as LPP de estágio III e IV como *Never Events*, eventos adversos graves que não são aceitáveis em condições habituais de recursos de assistência e terapêutica, sendo ainda passíveis de judicialização à instituição e/ou profissionais prestadores do cuidado. **Objetivo:** Este estudo se propôs a relatar a experiência da implementação de uma escala visual, que consiste em: uma placa de acrílico com o desenho de uma silhueta anatômica em posição anterior e posterior, bem como escores de risco e dados sobre o tipo de cobertura do curativo e insumos utilizados, posicionada a beira leito para o acompanhamento de progressão/regressão de LPP de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de referência cardiológica no interior do estado do Ceará, a partir dos dados coletados pela Gerencia de Risco da instituição no período de Janeiro de 2018 a Janeiro de 2019. **Resultados:** Após a implementação da escala foi possível observar maior apropriação dos profissionais de saúde acerca do estado da pele do paciente e estágio da LPP, facilitando a melhor descrição da ferida e sua cobertura, bem como o acompanhamento ao passo da internação de sua regressão ou progressão, sinalizando para maior observância ou necessidade de novas intervenções. **Considerações Finais:** A escala visual se mostrou como ferramenta de grande importância ao manejo das LPP para a equipe de saúde intensivista, sendo ainda possível sinalizar as mesmas

para as demais categorias não diretamente ligadas ao manejo de curativos, categorizar informações qualitativas e priorizar o grau de atenção e do cuidado em cada caso.

Palavras-chave: Lesão por Pressão; Segurança do Paciente; Unidade de Terapia Intensiva

Título: Importância da Higiene Ambiental como uma Medida de Controle para Contenção de Surto em um Cenário de Multirresistência.

Autores: Lisiane Valdez Gaspary, Lourdes Miranda, Vanessa Grassmann, Gabriela Sonogo, Ana Kelly Cunha, Dayane Carreiro Santos, Eliane Silva, Angela Sales, Cleide Sampaio

Resumo:

Introdução: No ano de 2018 o Hospital Geral de Itapeçerica da Serra, um hospital secundário com 222 leitos, com 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIA), foi identificado o aumento de casos de infecções por *Acinetobacter baumannii* com perfil de resistência não comum na instituição, sendo decretado surto em outubro de 2018. **Objetivo:** Avaliar a qualidade e a contribuição da higiene ambiental na contenção de agentes multirresistentes em UTIA. **Metodologia:** Foram instituídas diversas medidas para contenção e controle. Como teste inicial para a avaliação da limpeza ambiental, foi realizado teste quantitativo com ATP (adenosina trifosfato), com identificação de níveis elevados de unidade relativa de luz nas grades do leito e painel de bomba de infusão. Após o teste de ATP, foram intensificadas as recomendações de limpeza ambiental na unidade e elaborado um instrumento de auditoria da limpeza concorrente para avaliação da qualidade da limpeza pela equipe de enfermagem das superfícies de maior toque: painel do monitor cardíaco, painel da bomba de infusão, grade do leito, suporte de soro, superfície da mesa de refeição e válvula da rede de gases. Elaborado instrumento de auditoria para verificação do processo de limpeza concorrente nos turnos manhã, tarde e noite, com utilização de técnica demarcação dos pontos com gel fluorescente e checagem com luz negra após a limpeza, sendo identificadas 100% de inadequação. **Resultados:** Devido ao cenário de aumento de agentes multirresistentes no mês de dezembro na unidade e identificação de fragilidades na limpeza concorrente, o SCIH em conjunto com a Educação Continuada e a Higiene Ambiental, durante os meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019, realizou treinamento *in loco* com as equipes de enfermagem e higiene ambiental para definição das superfícies a serem higienizadas por cada categoria com reforço da importância da técnica unidirecional de limpeza e do uso adequado dos insumos (pano multiuso e desinfetante). Realizada nova auditoria com a demarcação dos pontos com gel fluorescente verificado melhora do processo de limpeza concorrente em 58%. Para complementação das ações de prevenção de disseminação de agentes multirresistentes, no período de fevereiro a maio de 2019, foi elaborado um treinamento com simulação da limpeza concorrente em um cenário previamente montado com um leito de paciente adulto/pediátrico e um

leito de terapia intensiva neonatal, tendo como público-alvo a equipe de Enfermagem e da Higiene Ambiental de todos os setores de internação. Observou-se uma redução progressiva da densidade de incidência de agente multirresistentes na UTIA de 23,45 em dezembro de 2018 para 5,03 em maio de 2019. Considerações finais: As intervenções de sensibilização dos profissionais, alinhamento do processo de limpeza concorrente e auditoria mostraram diminuição da densidade de incidência de agentes multirresistentes, evidenciando que ações frequentes de monitoramento do processo de higiene ambiental estimulam a cultura de realização da execução correta de limpeza.

Palavras-chave: Surto, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Higiene Ambiental.

Título: Infecção Relacionada à Assistência: A Prevenção está em suas Mãos.

Autores: Nárya Maria Gonçalves de Brito, Andrezza Saraiva Bezerra, Anne Rafaela Tavares de Moura, José Maurício Bezerra Lopes, Bergson de Brito Moura, Demostênia Coelho Rodrigues

Resumo:

A higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma das mais importantes medidas de prevenção e controle da Infecção Relacionada a Assistência à Saúde. Entretanto, os estudos sobre o tema demonstram que a prática da medida pelos profissionais de saúde em sua rotina diária ainda é baixa, necessitando de constantes ações de educação e sensibilização para incorporação da medida à prática dos profissionais. Esse estudo objetiva demonstrar os resultados das ações de incentivo à higienização das mãos pelos profissionais de saúde do Hospital Regional do Cariri. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência sobre as ações realizadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Regional do Cariri para incentivar e sensibilizar os profissionais para adesão à prática de higienização das mãos durante os anos de 2016 a 2018. Diante da baixa adesão à higienização das mãos observada pelo SCIH através da observação direta dos profissionais, este lançou mão de várias estratégias para aumentar a adesão, dentre elas: Fixação de cartazes próximos as pias destacando as oportunidades de higienização e como deverá ser realizada; Visitas aos setores para educação continuada com uso de metodologias ativas como tinta guache, gincana de perguntas e respostas, músicas de incentivo à higienização na fonia do hospital, comemoração do dia mundial de higienização das mãos com ampla participação dos profissionais do hospital, divulgação do desempenho de cada área mensalmente, premiação anual do setor mais aderente. As ações levaram a um aumento gradual da adesão saindo de 46%, em 2016, para 64% em 2017 e 72% de realização nas oportunidades observadas em 2018, o que representa um aumento de 56% quando comparado a 2016. Além do aumento expressivo da adesão, verificou-se no período 2016-2018 correlação com a redução de



34% na densidade de IRAS indo de 9,65 em 2016 para 6,39 em 2018. Contudo, percebe-se que as ações sistemáticas e continuadas do SCIH levaram ao aumento da adesão a higienização das mãos das áreas assistenciais do HRC, entretanto sabe-se que o desafio é melhorar continuamente a adesão e conseqüentemente favorecer a diminuição das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

Palavras-chave: Controle de Infecções, Higiene das Mãos, Segurança do Paciente.

Título: Influência da Análise do Perfil Epidemiológico das Quedas para a Redução de Eventos em um Hospital Público da Grande São Paulo.

Autores: Lisiane Valdez Gaspary, Gisele Oliveira Morgado

Resumo:

Introdução: Queda é um evento não intencional que resultou no deslocamento do paciente para o chão ou para um nível mais baixo em relação a sua posição inicial. As quedas representam um problema de saúde pública mundial, cerca de 3 a 20% dos pacientes internados caem ao menos uma vez durante a hospitalização. Para a prevenção de quedas é necessário que se estabeleçam protocolos e procedimentos que trabalhem fatores de riscos, tanto intrínsecos quanto extrínsecos ao paciente. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico das quedas de pacientes internados em um hospital público da grande São Paulo e sua influência na redução de eventos. **Metodologia:** Em 2013 o Serviço de Vigilância de Risco do Hospital Geral de Itapeverica da Serra elaborou um instrumento padronizado para a investigação de queda, contendo dados como gênero, horário e local da queda, circunstância da queda, fator desencadeante relacionado ao paciente e ao ambiente, identificação do paciente com alto risco para queda e risco de lesão decorrente de queda, a lesão decorrente da queda, orientação ao paciente/acompanhante, conduta pós-queda, entre outros. As notificações de eventos são feitas pelos colaboradores por meio de registros no sistema eletrônico e a investigação realizada o mais breve possível. Os dados analisados foram de março de 2013 a dezembro de 2018. **Resultados:** Das 344 fichas de investigação analisadas no período, observa-se que em 61% das quedas ocorreram em pacientes do sexo masculino, sendo a faixa etária mais prevalente entre 51 e 70 anos (33,1%). As unidades em que mais ocorreram quedas foram Pronto Socorro, Clínica Cirúrgica, Médica e Ortopédica. O local mais frequente do evento foi o quarto com 56,9% dos casos, seguido do banheiro com 20,6%, no período noturno 47,3%. As circunstâncias representativas foram 52,9% de queda da própria altura e 20,6% queda da cama/berço. Os fatores desencadeantes mais prevalentes foram: 28,8% perda de equilíbrio e 16,3% lipotimia. Em relação à lesão decorrente a queda, 84,9% dos casos foi classificada como nenhum dano. Ao se analisar o impacto socioeconômico, observa-se que em 38,4% dos casos houve a necessidade de exame adicional e em 3,5% aumento da internação hospitalar. Dentre as ações implantadas no período a partir da análise do perfil epidemiológico, destacam-se:



implantação de avaliação de risco específicas para a população adulto, pediátrica e obstétrica; divulgação dos dados de eventos nos murais de gestão à vista e discussão das quedas de cada setor com as equipes assistenciais; auditoria de processo para avaliar a adesão ao protocolo de prevenção de queda. A incidência de queda foi de 1,08 quedas/paciente-dia em 2012 para 0,73 em 2018. Conclusão: A implementação de uma ferramenta para análise epidemiológica das quedas aprimorou e sistematizou o processo de investigação desses eventos, que favoreceram a identificação de possíveis fatores contribuintes. Os dados auxiliaram a revisão de protocolos e procedimentos existentes visando à intervenção precoce e subsidiando tomadas de decisões no que diz respeito ao aprimoramento de medidas para a mitigação do risco, reduzindo o número de eventos no decorrer dos anos.

Palavras-chave: Perfil Epidemiológico, Queda, Eventos.

Título: Inovar para Avançar: A Nova Metodologia de Inspeção das Práticas de Segurança do Paciente nos Hospitais do Distrito Federal.

Autores: Keyla Caroline de Almeida Macêdo, Mariana Pereira Elias, Tiago Pereira Alves, Rafaella Bizzo Pompeu Viotti, Priscilla Leal Moreira, Mirna Aparecida Costa Ribeiro Coutinho Ferreira, Maria do Socorro Xavier Felix, Sandra Soares Lins, Manoel Silva Neto, Fabiana de Mattos Rodrigues

Resumo:

Introdução. Nas últimas décadas a preocupação com a segurança no cuidado tornou-se assunto emergente devido à seriedade do problema e a necessidade constante de prestação assistencial de qualidade, evidenciando-se a importância de estabelecer medidas eficazes de fiscalização e monitoramento para garantir a segurança dos pacientes atendidos nos hospitais. **Objetivo.** Nesse sentido foi utilizada uma metodologia inovadora de fiscalização sanitária com o objetivo de incentivar e viabilizar a implementação efetiva das ações de segurança do paciente nos hospitais do Distrito Federal (DF). **Método.** Em 2018 foi aplicada uma metodologia de inspeção nos hospitais do DF através de análise prévia das documentações do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), seguida por análise observacional sistemática e estruturada das práticas assistenciais pela Gerência de Risco em Serviço de Saúde (GRSS/DIVISA/SVS) através de formulário padronizado tipo check list e então realizada reunião junto à alta gestão do hospital, NSP e CCIH para elencar os principais pontos críticos e emissão do termo fiscal. Após visita foi enviado ao hospital um Relatório Técnico de Inspeção (RTI) contendo prazos para a resolução das pendências, que foram acompanhadas pela GRSS para obtenção da taxa de conformidade do momento da visita e de resolutividade pós-inspeção dos hospitais. **Resultados.** Em 2018 foram inspecionados 18 hospitais públicos, 19 hospitais privados e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) terceirizada (total = 20) e ainda 4 hospitais militares, sendo 36

unidades críticas e 06 unidades semi-críticas. A maioria dos hospitais inspecionados apresentou um percentual entre 70 e 80 % de conformidade. É importante salientar a existência ainda de 5 hospitais que apresentaram uma taxa abaixo de 50 %. Em relação as 6 Metas de Segurança do Paciente foi possível observar que na análise documental, a meta 6 apresentou melhor percentual pré-inspeção (69 % de conformidade) e as metas 2 e 3 os menores (2 % e 14 %, respectivamente), porém após decorrido prazo para resolução de pendências houve uma melhora nessas metas, alcançando 62 %. Na prática clínica foi possível observar itens importantes que se encontram abaixo de 50 % de conformidade, como por exemplo, o profissional confere a pulseira antes de procedimentos no paciente (12 %); os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP) estão sinalizados e segregados (48 %); os profissionais não fazem uso de adornos (40 %); higiene de mãos realizada de forma adequada (5 momentos/técnica) (35 %); utilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) de acordo com procedimentos executados (42 %) Foi calculado um percentual de resolatividade de pendências de cada serviço de saúde variando de 17 % a 93 %. Considerações finais. Foi possível demonstrar o perfil geral dos hospitais do Distrito Federal no ano de 2018 em relação ao apontamento de conformidades e pendências na segurança da assistência prestada aos pacientes e espera-se que com essa experiência, em continuidade no presente ano, seja possível refletir sobre os erros, reduzir as pendências e avançar na melhoria dos processos de trabalho, protegendo assim o paciente, o profissional e a instituição de saúde.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Assistência à Saúde, Vigilância Sanitária.

Título: Intervenções Farmacêuticas no Tratamento de Vancomicina Guiado por Vancocinemia.

Autores: Camila Lunardi, Eduarda da Silva de Avila, Luana Caroline Radun, Ruthy Perotto Fernandes, Aline Maria Santos, Andréia Gotberlet, Bruna Silva de Oliveira, Débora Adriana Fischer, Jéssica Augustini Ferreira, Jéssica Czerkies Nack, Marileide Chomen, Sarah Vignoto Vry, Súelen Karyne Mazera Altmann

Resumo:

Introdução: A vancomicina é um antibiótico glicopeptídico recomendado como agente de primeira linha nas infecções graves causadas por *Staphylococcus aureus* resistentes à meticilina (MRSA). O uso apropriado e a manutenção adequada do nível sérico da vancomicina estão relacionados à menor falência terapêutica devendo dar atenção especial à individualização da terapia para evitar nível subterapêutico ou toxicidade com a dosagem da vancocinemia. A Vancocinemia é o monitoramento dos níveis de vale plasmáticos para orientar a terapia antibacteriana. A recomendação é que se mantenha o entre 15 e 20g/mL, evitando níveis inferiores a 10g/mL ou acima de 40g/mL. A monitorização terapêutica é um aspecto importante do atendimento ao paciente, e farmacêuticos clínicos são vitais nesse processo. Apoiam os demais profissionais da

saúde fornecendo informações de educação e planejamento das ações direcionadas ao paciente com o objetivo de melhorar a dosagem inicial de vancomicina. Objetivo: Descrever e analisar o perfil das intervenções farmacêuticas realizadas pelos farmacêuticos clínicos e evidenciar sua importância para melhores resultados na terapia com Vancomicina contribuindo para a segurança do paciente. Metodologia: Foi realizado um estudo observacional retrospectivo em hospital privado geral de 163 leitos, localizado no município de Joinville (SC), incluindo pacientes acima de 10 anos que receberam mais de 4 doses de vancomicina via intravenosa. O monitoramento terapêutico da vancomicina foi realizado através de uma amostra de sangue coletada no vale (período de concentração mais baixa do medicamento). A primeira dosagem foi realizada entre a terceira e a quarta dose de farmacoterapia, 1 hora antes da quarta ou quinta dose (maior garantia de alcance do “steady state”). Foram quantificadas e analisadas as intervenções farmacêuticas feitas nas prescrições médicas de vancomicina no período de Janeiro/2018 à Dezembro/2018. Os dados foram coletados através dos registros armazenados no banco de dados eletrônico do hospital. Resultados: Durante o estudo, um total de 52 pacientes foram avaliados. E com esses pacientes foram realizadas 67 intervenções farmacêuticas, sendo que 91% das intervenções foram aceitas pelos médicos prescritores. E na sua grande maioria as intervenções levaram a alteração de dose, intervalo e até mesmo suspensão da vancomicina de acordo com o nível sérico apresentado pelos pacientes. O problema mais comumente encontrado foi relacionado a pacientes com níveis séricos subterapêuticos representando 41% dos motivos de intervenções. E 38% das intervenções foram relacionadas a níveis elevados na dosagem da vancomicina sérica, onde em sua grande maioria levou à suspensão da vancomicina até a normalização dos níveis séricos para a faixa terapêutica. Considerações finais: Este estudo demonstra que a intervenção farmacêutica feita através do acompanhamento dos pacientes em uso de vancomicina intravenoso baseado no resultado da vancocinemia interferiu em 65% dos tratamentos modificando o desfecho clínico positivamente. Reforçando assim a importância do acompanhamento pelo farmacêutico clínico no tratamento com a vancomicina, elevando as chances de sucesso terapêutico e a segurança do paciente ao usar este medicamento.

Palavras-chave: Vancomicina, Vancocinemia, Intervenção Farmacêutica, Farmácia Clínica, Farmácia Hospitalar, Segurança do paciente.

Título: Investigação de Reação Adversa a Medicamentos: Experiência com a Ferramenta de Rastreamento Global Trigger Tool no Contexto Hospitalar.

Autores: Luana Laís Femina, Helga Tâmara Agostinho, Maria Regina Lourenço Jabur

Resumo:

Introdução: Reação Adversa a Medicamento (RAM) é qualquer resposta a um fármaco que seja prejudicial, não intencional, e que ocorra nas doses normalmente utilizadas em seres humanos. Os esforços tradicionais para detectar RAM estiveram focados na notificação voluntária. Os hospitais precisam de uma forma complementar para identificar RAM de modo a classificar a gravidade e causalidade. Contribuindo para as mudanças na prática clínica. Objetivo: Implantar metodologia proposta pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI) denominada ferramenta de Rastreamento Global Trigger Tool, desenvolvida em 2002, no qual se baseia na revisão retrospectiva de prontuários de pacientes internados utilizando indício para identificar possíveis RAM em um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo com 914 leitos. Metodologia: Elaborado e implantado fluxo de investigação de RAM pela ferramenta Trigger), loperamida (diarreia por medicamento), protamina (sangramento por heparina Tool através da busca por meio de relatórios diários no sistema informatizado de dispensação/consumo de medicações gatilhos, sendo essas: difenidramina e prometazina (busca de hipersensibilidade a medicamento), flumazenil (superdosagem de benzodiazepínico), naloxona (super dosagem de opióide), fitomediona/vitamina K (sangramento por varfarina não fracionada e baixo peso molecular), e confirmação da suspeita da RAM através da revisão do prontuário informatizado do paciente internado pelo profissional farmacêutico na busca de resultados laboratoriais, evolução médica e de enfermagem com a descrição de sinais e sintomas. Foram excluídos os pacientes internados em uso de quimioterápicos e imunobiológicos no qual havia difenidramina pré-infusionais por haver protocolos estabelecidos para uso dessa medicação nessas situações. Após a confirmação da RAM a mesma é classificada quanto a sua gravidade e causalidade utilizando o algoritmo de Naranjo, notificada para gerência de risco e no NOTIVISA. A implantação da busca ativa de RAM ocorreu em setembro de 2018, sendo os dados analisados até abril de 2019. Resultado: Foram detectadas 57 RAM através do trigger tool, representando 28% do total de notificações. Classificadas como 18 moderadas e 39 graves e quanto a causalidade: 01 definida, 02 duvidosa, 19 provável e 35 possível. O gatilho fitomediona/vitamina K em relação a varfarina teve a maior representatividade com 31,57% das RAM, seguido pela morfina através da investigação por naloxona representando 14,03%. E em terceiro lugar, com 8,77% das RAM, a medicação vancomicina através da administração da medicação gatilho difenidramina. Conclusão: Apesar da instituição possuir um sistema de notificação de Reação a Medicamentos ainda se verifica uma subnotificação dos mesmos. Desta maneira a ferramenta de rastreamento utilizada no estudo se tornou fundamental e complementar para identificar os tipos de reações adversas a medicamentos que mais ocorrem na instituição a fim de colaborar com medidas clínicas para minimizar o seu impacto e ações relacionadas em educação em saúde. Considerando a temática analisada e os resultados até o período estudado serão necessários mais levantamentos ao longo do tempo para que seja verificado se a ocorrência de RAM diminuiu através da busca de medicamentos gatilhos, em virtude dos esforços de aprimoramento.

Palavras-chave: Farmacovigilância, Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos, Segurança do Paciente.



Título: Liga Acadêmica de Segurança da Assistência ao Paciente: suas Repercussões no Conhecimento, Habilidade e Atitude.

Autores: Larissa Gutierrez de Carvalho Silva, Bruna Decco Marques da Silva, Karla Karoline Bacellar, Alex Luís Fagundes, Aleksandro Oliveira Dias, Vivian Biazon El Reda Feijó

Resumo:

Introdução: As Ligas Acadêmicas são potentes estratégias na formação em saúde, protagonizadas por discentes e supervisionadas por docentes, que integram atividades de ensino, pesquisa e extensão. A Liga Acadêmica de Segurança da Assistência ao Paciente (LASAP) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) tem o intuito de despertar o interesse por temas relacionados à Segurança do Paciente, por meio da formação complementar na graduação da área da saúde. Objetivo: Descrever a atuação da LASAP-UEL no desenvolvimento e capacitação de estudantes de saúde em relação à segurança e qualidade da assistência de saúde. Metodologia: Pesquisa descritiva, realizada no Centro de Ciências da Saúde da UEL, que possui como principal órgão suplementar o Hospital Universitário, inserido na Rede Sentinela. Os participantes da Liga são acadêmicos de enfermagem e medicina de instituições de ensino pública e privadas, residentes de enfermagem e docentes da área da saúde, que se reúnem quinzenalmente para discussões relacionadas as Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Resultados: Durante os dois anos de atuação da LASAP, foram realizadas atividades teóricas e práticas com adoção de metodologias ativas voltadas aos conteúdos de cuidado seguro nos diferentes ciclos de vida e de gestão, com foco na atenção básica, no atendimento pré e intra-hospitalar. Os membros da Liga ministraram aulas e coordenaram discussões nas reuniões quinzenais, intercalando com a presença de convidados – residentes, docentes e profissionais de saúde. Em 2017 e 2018, promoveram a ‘I e II Jornada de Segurança do Paciente’, com a participação de 240 pessoas, abordando assuntos atuais, pouco discutidos durante a graduação e pertinentes ao cenário de assistência segura à saúde, oportunizando também a admissão de novos membros na Liga. Em 2018, houve a participação no ‘I Saber Solidário’ em parceria com outras Ligas da área da saúde da UEL com renda revertida à casa de apoio do Hospital Universitário. Ademais, os membros da LASAP participaram de projetos de pesquisa e ações sociais que se estenderam para a comunidade externa, como Feiras da Saúde e atividades em outros hospitais, Unidades Básicas de Saúde, centro de convivência de idosos e cursos de formação de técnicos de enfermagem, com o objetivo de informar e reforçar as mudanças na estrutura, processo e resultados nos serviços de saúde, abordando a Segurança do Paciente e Ética Profissional. Recentemente, integraram a Semana de Segurança Hospitalar ocorrida em abril de 2019, abordando nas diversas unidades de internação os pacientes, acompanhantes e familiares em relação ao empoderamento dos mesmos quanto ao cumprimento das Metas Internacionais de Segurança. A Liga ainda contribuiu para o incentivo da disseminação de pesquisas em eventos científicos, propondo trabalhos e iniciativas que reduzam eventos adversos à saúde em todo o ciclo de vida e a melhoria da integridade profissional.



Considerações Finais: A LASAP-UEL vem contribuindo para a formação de acadêmicos da saúde, desenvolvendo em seus membros conhecimentos, habilidades e atitudes que os qualificam para uma assistência segura e livre de danos, incentivando, desta forma, que os futuros profissionais de saúde desenvolvam e consolidem a cultura de segurança nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Ensino, Instituições Acadêmicas, Segurança do Paciente, Conhecimento.

Título: Notificação de Incidentes de um Hospital de Urgências: Relato de Experiência.

Autores: Juliana Carvalho de Lima, Maiana Regina Gomes de Sousa, Evelyn Silva Nascimento de Hungria, Ricardo Furtado Mendonça

Resumo:

Introdução: Os incidentes relacionados a assistência à saúde representam atualmente uma grande preocupação no concernente a segurança do paciente devido as consequências negativas que provocam aos pacientes, profissionais e instituições. A notificação destes incidentes é de extrema importância, pois contribui para a identificação das fragilidades existentes nos processos e, conseqüentemente, para a elaboração de estratégias de melhoria. **Objetivo:** Relatar a experiência do sistema de notificação de incidentes de um Hospital de Urgências da cidade de Goiânia-Goiás, durante o ano de 2018. **Resultados:** O sistema eletrônico de notificação de incidentes da instituição foi implementado no ano de 2015, utilizando a ferramenta Google Forms, o qual é disponibilizado em todos os computadores da instituição pela intranet. O formulário possui questões abertas e fechadas que reúnem informações sobre: tipo de incidente; data, período e local de ocorrência; categoria e subcategoria do incidente; grau e descrição do dano, se houver; descrição detalhada da ocorrência; possíveis causas; dados de identificação do paciente; e por fim, dados de identificação do profissional, sendo opcional o preenchimento desta parte. No ano de 2018, o núcleo de segurança do paciente recebeu 3661 notificações, sendo 625 (17,0%) excluídas e 3.036 (83,0%) consideradas válidas. Após análise das notificações válidas, foi identificado um total de 4.940 incidentes, correspondendo a uma média de 412 incidentes mensais. Desses incidentes, 48,7% foram do tipo circunstância notificável, 32,8% incidente sem dano, 13,5% evento adverso e 5,0% quase-erro. As categorias dos incidentes mais prevalentes foram: falha relacionada a material/equipamento médico (17,1%); falha no processo/procedimento clínico (14,6%); falha de comportamento (14,3%); falha relacionada à medicação (11,2%) e falha relacionada à documentação (9,7%). Os graus dos danos dos eventos adversos foram distribuídos em: 54,3% dano leve, 34,1% moderado, 11,6% grave. A partir dessas notificações, foram identificadas falhas nos processos assistenciais e foram implementadas diversas barreiras de prevenção de erros. **Considerações Finais:** O sistema de notificação de incidentes utilizado na instituição apresentou



um número significativo de notificações, com diferentes categorias, revelando boa adesão dos profissionais. A análise das notificações dos incidentes permitiu a identificação de pontos frágeis nos processos de trabalho e proporcionou o planejamento e implementação de medidas de melhorias para o aumento da segurança dos pacientes e da qualidade do cuidado.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Notificação de Incidentes.

Título: Notificações Relacionadas à Assistência em Saúde: Implicações para a Segurança do Paciente em um Hospital Universitário Vinculado à Rede Sentinela.

Autores: Simone Oliveira Pachú, Erika Maria Araujo Barbosa De Sena, Doriane Gonçalves De Sá., Dilma Teixeira De Oliveira Canuto, Márcia Mirian Rosendo Aleluia

Resumo:

Introdução: A segurança do paciente assume notável relevância na assistência à saúde e, nesse sentido, a cultura de segurança em uma instituição exerce grande impacto sobre a qualidade do cuidado (FIGUEIREDO et al., 2016). O Programa Nacional de Segurança do Paciente propõe um conjunto de medidas para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde – eventos ou circunstâncias que poderiam resultar ou que resultaram em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2018). Assim, para obter resultados esperados e evitar os indesejados, deve haver o aprimoramento da assistência ao paciente, que precisa ser efetiva, oportuna, eficiente, ter equidade e objetivos centrados naquele (DIAS, 2014). **Objetivo:** Relatar a experiência de um Hospital Universitário, localizado no nordeste brasileiro e vinculado à Rede Sentinela, frente às notificações relacionadas à assistência em saúde, durante os últimos 4 anos. **Resultados:** Estudo retrospectivo, descritivo, documental, realizado através da análise de notificações registradas ao Núcleo de Segurança do Paciente de um Hospital Universitário, entre 1º janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2018. Durante este período, registraram-se 145 notificações, através de plataforma eletrônica adotada institucionalmente em 2014. Destas, 96 classificaram-se como consistentes e foram encaminhadas à ANVISA, através do NOTIVISA. Do quantitativo encaminhado via NOTIVISA, 43 (45%) correspondem a registros de quedas de pacientes assistidos institucionalmente, com prevalência durante os anos 2017 e 2018 (18 casos, em cada ano). Em se tratando de lesões de pele, obtiveram-se 30 (31%) notificações, das quais, 22 ocorreram em 2018. Ademais, no período em tela, identificaram-se 17 (18%) eventos relacionados a procedimentos cirúrgicos. De modo menos prevalente, identificaram-se 4 (4,16%) registros relacionados à identificação do paciente, assim como 1 à perda de cateter (1,04%) e 1 (1,04%) a tromboembolismo venoso. Durante o período do estudo, não houve notificações relacionadas a erro de diagnóstico, extubação acidental e flebite. Enfatiza-se que, no período estudado, identificou-se uma adesão

progressiva ao processo de notificação de eventos relacionados à assistência em saúde, com destaque para o ano de 2018, quando se registraram 53 notificações. Os anos de 2016 e 2017, por sua vez, representam 13 e 27 notificações, respectivamente, ao passo em que o menor quantitativo foi identificado em 2015 (3 registros). Considerações Finais: O estudo permitiu identificar os incidentes notificados espontaneamente em um hospital universitário. Vinculado à Rede Sentinela, o cenário deste estudo tem apresentado uma adesão progressiva dos profissionais nele atuantes quanto à notificação de eventos relacionados à assistência em saúde. Revela-se, pois, a importância de se promover a cultura de segurança e sensibilização para o ato de notificar, em vistas da promoção de segurança ao paciente assistido.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Notificação, Hospitais Universitários.

Título: Notificações Relacionadas ao Uso de Tecnologias em Saúde e suas Implicações à Segurança do Paciente: Experiência em um Hospital Universitário Vinculado à Rede Sentinela.

Autores: Simone Oliveira Pachú, Dilma Teixeira Oliveira Canuto, Erika Maria Araujo Barbosa de Sena

Resumo:

Introdução: Nos serviços de saúde, há a possibilidade de ocorrência de eventos que podem afetar a integridade física do paciente ou da equipe de saúde. A gestão de riscos hospitalares foi fortalecida no Brasil por meio da Rede de Hospitais-Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (DIAS, 2014). Trata-se de um conjunto de instituições de saúde que atuam de forma articulada, na vigilância de eventos adversos e queixas técnicas relativas a produtos (RDC ANVISA 51/2014), através do Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – VIGIPOS (Portaria MS 1660/ 2009). A análise dos eventos adversos e queixas técnicas notificadas em um hospital-sentinela deverá ensejar providências para sua prevenção e melhoria da qualidade (DUARTE et al., 2014). Assim, qualidade e segurança do paciente apropriam-se da gestão de riscos para maximizar a chance de ocorrerem os resultados desejados (DIAS, 2014). **Objetivo:** Relatar a experiência de um Hospital Universitário, localizado no nordeste brasileiro e vinculado à Rede Sentinela, frente às notificações relacionadas ao uso de tecnologias em saúde, durante os últimos 10 anos. **Resultados:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de caráter documental, construído mediante análise quantitativa de notificações registradas à Gerência de Risco de um Hospital Universitário, no período compreendido entre 1º janeiro de 2009 e 31 de dezembro 2018. Durante o período delimitado para a realização desta pesquisa, registraram-se 893 notificações, através de fichas de notificação ou de plataforma eletrônica adotada institucionalmente, incluindo as áreas de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância. Destas, 339 (38%) correspondem

à farmacovigilância, sendo 246, 11 e 4 referentes às queixas técnicas de medicamentos, cosméticos e saneantes, respectivamente. Além disso, registraram-se 1 e 77 eventos (evento adverso, inefetividade ou erro) relacionados ao uso de saneante e medicamentos, respectivamente. Em se tratando da tecnovigilância, obtiveram-se 355 (39,8%) notificações. Destas, 335 e 6 relacionam-se a queixas técnicas de artigos médico-hospitalares e equipamentos médico-hospitalares, respectivamente. Ademais, no período em tela, identificaram-se 14 eventos adversos relacionados ao uso de artigos médico-hospitalares. Durante o período do estudo, não houve notificações relacionadas ao uso de kit's reagentes para diagnóstico *in vitro*. Na área de hemovigilância, por sua vez, registraram-se 199 eventos adversos, correspondendo a 22,2% das notificações. Destarte, nos últimos 5 anos, identificou-se uma adesão progressiva ao processo de notificação de queixas técnicas e eventos adversos relacionados ao uso de tecnologias em saúde, com destaque para os anos de 2018 e 2016, quando se registraram 191 e 117 notificações, respectivamente. O ano de 2009, por sua vez, representa o menor quantitativo de notificações, totalizando 31 registros. Considerações Finais: A adesão do cenário deste estudo à Rede Sentinela tem possibilitado aos seus profissionais, progressivamente, uma maior participação frente à notificação de desvios de qualidade e/ ou eventos relacionados ao uso de tecnologias durante a prestação de assistência. Destaca-se, ainda, a importância de se promover estratégias de sensibilização para o ato de notificar, direcionadas aos corpos acadêmico e assistencial. Sobremaneira, visa-se à ampliação do alcance destas ações frente à promoção de segurança e qualidade associadas à assistência em saúde.

Palavras-chave: Notificação, Hospitais Universitários, Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Gestão de Riscos.

Título: Otimização de Processo de Trabalho para a Sistematização da Construção de Indicadores de Segurança.

Autores: Carlos Alexandre de Souza Medeiros, Mabel Mendes Cavalcanti, Raphael Nepomuceno Galvão Santos, Clara Gurgel de Souza Azevedo Costa, Maria da Guia Feliciano da Silva

Resumo:

Introdução: O gerenciamento de indicadores de segurança do paciente permite a avaliação do desempenho do serviço de saúde e a programação de ações de melhoria. O Programa Nacional de Segurança do Paciente traz em seus protocolos básicos um conjunto de indicadores a serem monitorados. A operacionalização da coleta de dados fica a cargo das instituições e cada uma deve desenvolver um método factível para a sua realidade. Objetivos: Otimizar o processo de trabalho para a coleta de dados necessários para a construção de indicadores de segurança do paciente na instituição. Resultados: O instrumento foi desenvolvido a partir da ferramenta “termômetro”,

apresentada pela consultoria de um hospital de excelência através de um projeto do Ministério da Saúde. São coletados dados, quinzenalmente, sobre avaliação de risco, implantação de medidas preventivas, prevalência e incidência de quedas e lesão por pressão (LPP), além de dados sobre a identificação correta do paciente, em todos os pacientes internados no hospital. A atividade faz parte da dinâmica do trabalho do Núcleo de Segurança do Paciente, sendo desenvolvida em três etapas (consulta em prontuário eletrônico e consultas à equipe assistencial e pacientes), contando com a participação ativa dos enfermeiros assistenciais, dos pacientes e de seus acompanhantes. O processo de trabalho para a coleta dos dados que era fragmentado, foi unificado e sistematizado, possibilitando um melhor aproveitamento da força de trabalho do Núcleo de Segurança do Paciente, além da ampliação do número de indicadores de processo e resultado, passando de 4 para 28. O maior desafio encontrado foi modificar a forma de pensar dos profissionais quanto ao seu protagonismo na adesão aos protocolos. Considerações finais: A utilização de um instrumento para a coleta de dados envolvendo os três protocolos padronizou e otimizou o processo de trabalho, dando subsídios para uma ampliação considerável do número de indicadores monitorados pela instituição, além de otimizar a utilização da força de trabalho do Núcleo de Segurança do Paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Gestão de Riscos, Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

Título: Percepção do Impacto do Engajamento do Paciente e Acompanhante na Prevenção de Lesão por Pressão.

Autores: Carlos Alexandre de Souza Medeiros, Mabel Mendes Cavalcanti, Raphael Nepomuceno Galvão Santos, Clara Gurgel de Souza Azevedo Costa, Maria da Guia Feliciano da Silva

Resumo:

Introdução: A Lesão por Pressão é um problema de saúde pública e um indicador negativo da qualidade da assistência prestada. É vista internacionalmente como evento adverso, especificamente um never event, por contribuir com o aumento da morbidade, da mortalidade, do tempo de hospitalização, dos custos do tratamento de saúde, da ocorrência de infecções hospitalares, alguns casos requerer intervenções cirúrgicas e afetar milhares de usuários. Desta forma, a lesão por pressão demanda uma atenção redobrada e contínua dos profissionais da saúde, bem como ações preventivas efetivas referente aos cuidados preventivos, tornando-se essencial buscar estratégias que favoreçam a inclusão do usuário e acompanhantes no processo do cuidar. O engajamento é uma ferramenta que favorece a integralidade do cuidado, pois é pautado no processo educativo destinado a ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde. **Objetivo:** Verificar o impacto do

engajamento do usuário nas ações de prevenção de LPP. Resultados: O relato se constitui da observação do trajeto terapêutico do usuário, de 10/11 a 5/12 de 2018, registrando no diário de campo: visita à beira do leito, rodas de conversa, visita para coleta de indicadores, conversa com a Enfermagem, coleta de informações no prontuário do paciente. Estas observações, permitiram deter informações que foram importantes na identificação da dificuldade de adesão e não permissão da prática dos cuidados de prevenção de lesão por pressão. E suscitou a necessidade de se fazer algo a mais para estimular a consciência do risco e a adesão aos cuidados preventivos. O engajamento promove a integralidade do cuidado, impactando na aquisição de conhecimentos tornando o usuário cogestor do processo assistencial, contribuindo para a adesão dos cuidados preventivos. Considerações finais: A educação como promoção da saúde é uma estratégia com impacto fundamental na terapêutica do usuário, principalmente na compreensão do quadro clínico e planos terapêuticos.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Lesão por Pressão, Participação do Paciente

Título: Perfil das Notificações Recebidas pela Gerência de Risco do Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC no Ano de 2018.

Autores: Bernuarda Roberta de Oliveira Santos, Marcelle de Barros e Silva Torres, Thaís Moreira Estevão

Resumo:

Introdução: A segurança do paciente é um tema que vem sendo abordado de forma crescente nos últimos anos. Ações e estratégias desenvolvidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), são fundamentais enquanto iniciativa que visa orientar e monitorar a qualidade da assistência prestada tendo por base o uso de indicadores. A ocorrência de incidentes (com ou sem danos), compromete a segurança do paciente e configura-se em um desafio premente em todas as instituições de saúde. O sistema de notificação é um importante instrumento de que o NSP dispõe para identificar as falhas ocorridas no processo do cuidado, não atribuídas à evolução natural da doença de base. No HUOC, as notificações de incidentes de segurança podem ser feitas manualmente por ficha própria, pode ser anônima, e caso o notificante deseje, o mesmo pode se identificar e receber feedback da Gerência de riscos dos encaminhamentos referentes ao fato ocorrido. Objetivo: Traçar o perfil das notificações recebidas pela gerência de riscos no ano de 2018. Método: Trata-se de pesquisa documental, descritiva e retrospectiva, com abordagem quantitativa. As informações foram extraídas do banco de dados de notificações da Gerência de Riscos, onde foram analisadas 502 notificações, tendo como critério de inclusão àquelas relacionadas a incidentes que afetaram à segurança do paciente, sendo selecionadas 330 notificações. Resultados: Após análise das 330 que representam 65,74% das notificações, o item

que apresentou menor percentual foi falha no procedimento cirúrgico (2%) e os de maior percentual foram: circunstâncias notificáveis (28%), falha na identificação do paciente (10%) e Lesão por Pressão (8%). Considerações finais: O resultado demonstra a necessidade de incrementar incentivos para uma mudança na cultura das notificações, visto que valores baixos muitas vezes, não refletem processos consolidados. Cabe ainda ressaltar, a necessidade de se trabalhar a segurança do paciente desde a formação acadêmica, bem como nos programas de educação permanente, preparando os profissionais para fortalecer a cultura de segurança nos serviços de saúde. Além disso, as instituições devem estimular seus líderes no desenvolvimento de uma postura não punitiva diante dos eventos adversos, gerando confiança nos profissionais em notificar. Estes, precisam compreender que o verdadeiro propósito de uma notificação é a melhoria dos processos de trabalho com vistas à qualidade do cuidado e a segurança da assistência prestada ao paciente.

Palavras-chave: Notificações, Gerência de Riscos, Segurança do Paciente.

Título: Perfil das Reações Transfusionais de Pacientes de um Hospital Universitário do Amazonas.

Autores: Eduardo Corsino Freire; Paula Gabriela dos Santos Barreto; Camila Mendes Ferreira; Camila Anastácia Monteiro Ferraz Augusto; Dayse dos Santos Bastos da Costa; Graciele Oroski Paes

Resumo:

No fim da década de 1990 o tema segurança do paciente emergiu no cenário mundial como consequência de estudos que apontavam para uma elevada incidência de eventos adversos no mundo. No Brasil apesar dos esforços para promover a cultura de segurança do paciente, evidenciado pelas resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nessa temática, há ainda uma elevada incidência de eventos adversos, especialmente as reações adversas à medicamentos (RAM). Considerando que as RAM comprometem a adesão à farmacoterapia, torna-se estratégico identificar o perfil dessas reações, de modo a gerar desfechos favoráveis a terapêutica, bem como segurança clínica e medicamentosa ao paciente. Para tanto, o objetivo desse estudo é descrever o perfil das reações adversas à medicamentos de uma unidade hospitalar especializada em infectologia. Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo no banco de dados do Núcleo de Segurança do Paciente de um Hospital Público referência em infectologia com análise sequencial de 105 reações adversas à medicamentos ocorridas em 2018. Observou-se que 62 (59%) reações analisadas foram detectadas por notificação passiva. Os setores mais notificadores foram o ambulatório, 53 (50%), e a farmácia, 44 (42%), especialmente RAM à terapia antirretroviral, 73 (70%) notificações. O tempo médio entre a notificação e o encerramento da investigação do caso foi de 13 dias. A distribuição da avaliação da gravidade revelou que 63 (60%) das reações apresentaram gravidade baixa ou muito baixa e, conforme Algoritmo de Naranjo, 70 (67%) foram



classificadas como causalidade possível. Os dados indicam que o perfil das reações adversas ocorridas na unidade apresenta baixa gravidade e que a equipe da Gestão do Risco analisa os casos em tempo hábil conforme preconizado nas recomendações. A taxa de retorno ao profissional notificador foi baixa por falta de informações que viabilizem essa resposta, e, por isso, nossa meta é trabalhar a cultura de segurança na Instituição, conscientizando os profissionais da importância da notificação e da garantia de sigilo quanto ao processo.

Título: Perfil das Reações Adversas à Medicamentos em uma Unidade de Infectologia.

Autores: Alan de Oliveira Rezende, Marcelo Franklin de Almeida Ramos, Amilton Marinangelo Eleoterio dos Santos, Mércia Christiê Bezerra da Silva, Luciana Silveira da Silva, Eliana Brasil Alves

Resumo:

Introdução: A hemovigilância está presente em todo o ciclo do sangue, desde a captação do doador até o pós-transfusional. As medidas de segurança empregadas nessas etapas visam prevenir eventos adversos ou recorrências tanto para o doador quanto para o receptor. Nas reações transfusionais, várias são as causas para a sua ocorrência, como fatores intrínsecos ao receptor, contaminação da bolsa, bem como o erro de identificação do paciente. Com isso, as instituições devem ter suas ações planejadas, normatizadas e disseminadas para todos os profissionais envolvidos com o ato transfusional, em conformidade com a Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016, e com a RDC nº34 de 11 de janeiro de 2014. **Objetivo:** Analisar o perfil das reações transfusionais dos pacientes do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), Manaus/Amazonas. **Resultados:** Foram analisadas as fichas de notificações de incidentes transfusionais recebidas na Gerência de Risco do HUGV que foram confirmadas como reações transfusionais de janeiro de 2016 a dezembro de 2018. De um total de 53 reações transfusionais neste período, 73,6% estavam relacionadas a concentrado de hemácias, seguido por plaquetas (17%) e plasma fresco congelado (9,4%). Em relação a classificação da reação transfusional, o tipo febril não-hemolítica foi a mais prevalente (41,5%), seguido por outras reações imediatas (26,4%), alérgica (17%) e sobrecarga circulatória (5,7%). Os principais sinais e sintomas identificados nas reações transfusionais foram febre e hipertensão (13,4% cada), seguidos por calafrio (12,6%), dispneia e tremores (7,9% cada). Em relação ao diagnóstico dos pacientes, 47,2% tinham uma doença do sangue ou dos órgãos hematopoiéticos. **Considerações Finais:** As reações classificadas como outras reações imediatas corresponderam a 26,4% das reações, esse resultado pode demonstrar a necessidade de aumentar a qualidade das informações dos pacientes relacionados a incidentes transfusionais, bem como investir em testes diagnósticos mais precisos para elucidação das reações transfusionais. O diagnóstico mais prevalente do estudo é um fator que favoreceu o aparecimento das reações transfusionais nesses pacientes, haja vista que são necessárias inúmeras transfusões para os seus

tratamentos. As reações transfusionais que ocorreram no HUGV não estavam relacionadas a falhas nos processos, portanto, observamos que a terapia transfusional pode gerar dano ao paciente independente das medidas de segurança tomadas no ciclo do sangue. Desta forma, vale a pena ressaltar a importância do diagnóstico, bem como a prescrição racional dos hemocomponentes, a fim de minimizar a exposição do paciente frente a esse tipo de tratamento. Salientamos que é imprescindível que a instituição eleve seu nível de amadurecimento quanto a cultura de segurança, de forma que ocorra uma diminuição das subnotificações, evitando assim a exposição dos pacientes aos mesmos eventos adversos.

Palavras-chave: Hemovigilância, Reação Transfusional, Paciente.

Título: Perfil de Incidentes Assistenciais Notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente em uma Unidade de Referência em Infectologia.

Autores: Eduardo Corsino Freire; Paula Gabriela dos Santos Barreto; Camila Mendes Ferreira; Camila Anastácia Monteiro Ferraz Augusto; Graciele Oroski Paes; Dayse dos Santos Bastos da Costa

Resumo:

Os serviços de saúde são ambientes complexos, com fatores que contribuem para incidentes relacionados a assistência. A Segurança do Paciente, abordada de forma crescente nos últimos anos, surgiu para reduzir ao mínimo os riscos geradores de danos desnecessários aos usuários de tais serviços. O Programa Nacional de Segurança do Paciente tem o objetivo de promover a cultura de segurança nas unidades de saúde, utilizando como estratégias as metas internacionais, a implementação de protocolos e Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), além do estímulo à realização de notificações de eventos adversos. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil de eventos adversos relacionados a incidentes assistenciais em um hospital de referência em infectologia do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo nos bancos de dados do NSP. Foram analisadas 113 notificações de janeiro de 2018 a julho de 2019, com 97 (85,8%) investigações concluídas, em tempo médio de 60 dias. Dentre as subáreas das notificações, 49 (43,4%) foram relacionadas a falha de processo assistencial, 40 (35,4%) referentes a falhas durante a assistência à saúde, lesão por pressão e queda ocorreram 9 (7,9%) cada uma e 6 (5,3%) foram relacionadas a hemocomponentes. O grau de risco (GR) das 111 notificações analisadas foram: 76 (68,5%) classificadas como baixo ou muito baixo, 27 (24,3%) médio e 8 (7,2%) alto, não havendo nenhuma notificação classificada com muito alto. Outra característica observada foi que 97 (85,8%) das notificações recebidas foram encaminhadas pelos setores do hospital, sendo 16 (14,2%) como busca ativa. Além disso, das 7 notificações de *never events*, 6 eram relacionadas a lesão por pressão graus III e IV e 1 foi relativa a lesão grave de paciente associados à queimadura. A gravidade das lesões por pressão em infectologia é multifatorial, principalmente por fatores como



imobilidade e umidade causada por diarreias provocadas por antimicrobianos. O NSP monitora constantemente os planos de ação e implementação das metas internacionais. Entretanto, ainda há notificações referentes à falha de identificação, falha de comunicação entre profissionais de saúde, erro de administração de medicamentos, lesão por pressão e queda. Os casos de *never events* e outros com impacto no serviço são tratados pelas metodologias de Árvore de Decisão de Incidentes e Análise de Causa e Raiz para a proposição de planos de ação e melhoria no gerenciamento. Assim, neste cenário, prima-se pela qualidade no cuidado, através de mapeamento dos processos de trabalho, treinamento dos profissionais e melhorias na gestão, além de continuidade na implementação das estratégias de cultura e segurança do paciente.

Título: Perfil dos Eventos Adversos Relacionados à Transfusão de Sangue Notificados no HU/UFSC.

Autores: Andrea T. de C. Hoepers, Graciele Trentin, Daiana de Mattia, Gabriela Schweitzer, Maria Eduarda Hames, Vivian K. B. Franco

Resumo:

Introdução: Os eventos adversos relacionados à transfusão apresentam-se com gravidade variável, dependendo dos mecanismos envolvidos (físicos, bioquímicos, imunológicos e infecciosos), imediatamente, ainda nas primeiras 24 horas após infusão do hemocomponente ou de forma tardia, depois deste período. Os riscos independem da indicação adequada e da observação de boas práticas para sua administração. A monitorização das manifestações permite a identificação precoce e determina a melhor conduta para cada evento, o qual deverá ser registrado e notificado pelo serviço de hemoterapia ao órgão sanitário competente. **Objetivo:** Caracterizar os registros de hemovigilância do Serviço de Hemoterapia do Hospital Universitário/UFSC. **Material e Método:** Levantamento retrospectivo de dados das fichas de notificação e investigação de incidentes transfusionais ocorridas entre 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2018. **Resultados e Discussão:** No período de estudo foram registrados 53 episódios de reações transfusionais imediatas (com ocorrência nas primeiras 24h após a transfusão) em um total de 8316 transfusões de sangue. Foi verificada uma prevalência de reação febril não hemolítica, com 22 casos notificados, seguida de reação alérgica com 15 casos, sobrecarga volêmica com cinco casos, aloimunização com quatro casos, dispneia associada a transfusão com três casos, choque hipovolêmico um caso, reação hemolítica aguda um caso, lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI) sem confirmação laboratorial um caso. Foi observado também que as a maioria das reações transfusionais estão associadas à transfusão de concentrado de hemácias (CH), seguido por concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado e crioprecipitado. Fato este corrobora com dados do Relatório de Hemovigilância 2007/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa/Brasil, o qual demonstra que o CH é o hemocomponente mais associado às



reações adversas notificadas, nos sete anos da série. Importante ressaltar que no período avaliado no presente não houve notificação de contaminação bacteriana e soroconversão sorológica. Entretanto, a reação hemolítica aguda notificada foi em decorrência à transfusão de concentrado de plaquetas obtido por aférese ABO não compatível com o receptor. Conclusão: A segurança e a qualidade dos hemocomponentes devem ser garantidas em todo o ciclo do sangue, desde a captação dos doadores até a administração no paciente. A utilização de procedimentos internos que minimizam as chances de efeitos indesejáveis ou mesmo inesperados (como a utilização de manuais para o uso racional do sangue e fluxograma de atendimento às reações transfusionais agudas) deve ser considerada a fim de prevenir seu acontecimento ou mesmo recorrência.

Palavras-chave: Eventos Adversos, Hemovigilância

Título: Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente: Estudo Comparativo entre os Dados de um Hospital Público da Grande São Paulo e da Agency For Healthcare Research And Quality.

Autores: Lisiane Valdez Gasparly, Gisele de Oliveira Morgado, Adriana Pires dos Santos

Resumo:

Introdução: A cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Avaliar a cultura de segurança permite identificar e gerir prospectivamente questões de segurança nas rotinas e condições de trabalho. Esta abordagem permite acessar informações dos funcionários a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, identificando pontos fracos e fortes de sua cultura e as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções. **Objetivo:** Comparar os dados da *Hospital Survey on Patient Safety Culture* de um hospital público da grande São Paulo com os publicados por um banco de dados internacional. **Metodologia:** O *Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC consiste em um dos instrumentos criados pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que avalia questões referentes à cultura de segurança nos níveis individual, das unidades e hospitalar com resultados válidos e confiáveis. No Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS) o instrumento foi aplicado em 2015, 2017 e 2019 a todos os colaboradores. O formulário eletrônico ficou disponível num link da intranet, na qual todos tiveram acesso. O Serviço de Vigilância de Risco foi responsável por compilar as respostas, comparando o resultado com os dados publicados pelo AHRQ. **Resultados:** O número de pesquisas respondidas no HGIS foi 274 em 2015, 396 em 2017 e 586 em 2019, o que representou no último ano 42% dos profissionais da instituição e um aumento de 47,97%. O percentual de respostas positivas de 2015, 2017, 2019 do HGIS e AHRQ 2018, de algumas dimensões, foram respectivamente: Expectativas

e ações de promoção de segurança da chefia: 72,7%, 75,4%, 75,8% e 80%. Aprendizado organizacional e melhoria contínua: 78,4%, 80,6%, 78,4% e 72%. Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente: 75,8%, 80,9%, 76,5% e 72%. Retorno das informações e da comunicação sobre erro: 69,4%, 70,1%, 72,3% e 69%. Frequência de eventos notificados: 72,0%, 74,5%, 72,5% e 67%. Abertura da comunicação: 60,6%, 59,8%, 57,6% e 66%. Trabalho em equipe entre as unidades: 57,0%, 60,1%, 57,1% e 61%. Passagem de plantão e transferências internas: 53,4%, 49,8%, 47,4% e 48,0%. Respostas não punitiva aos erros: 27,7%, 25,6%, 30,1% e 47,0%. Considerações finais: Verifica-se melhoria da percepção dos colaboradores quanto à segurança entre os anos pesquisados no HGIS, com resultado melhor em 2017. Em duas dimensões o resultado foi melhor em 2019: expectativas e ações de promoção da segurança da chefia e retorno das informações e da comunicação sobre o erro. Em relação ao AHRQ, outras duas dimensões também se sobressaem: retorno das informações e da comunicação sobre erro e frequência de eventos notificados. O resultado reforça que as ações internas foram efetivas e que a instituição tem fortalecido sua cultura de segurança. As oportunidades de melhorias identificadas devem ser consideradas pontos prioritários para os gestores trabalharem os valores organizacionais e promover a melhoria contínua da cultura de segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança, HSOPSC, AHRQ, Hospital

Título: Plano de Gerenciamento de Medicamentos de Alta Vigilância de um Hospital do Rio de Janeiro.

Autores: Luciana Lima de Moura, Thays da Silva Almeida

Resumo:

Introdução: Os medicamentos ocupam um papel fundamental nos sistemas de saúde e são os principais recursos empregados na cura, controle e prevenção de doenças, sendo capazes de afetar decisivamente nos cuidados de saúde. Embora a maioria dos medicamentos possua margem terapêutica segura, alguns apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de eventuais falhas no processo de utilização. Esses medicamentos são denominados Medicamentos de Alta Vigilância (MAV). Os erros que acontecem com esses medicamentos mesmo não sendo os mais rotineiros, quando ocorrem, possuem elevada gravidade e podem provocar lesões permanentes ou até mesmo a morte. **Objetivo:** Dessa forma, o trabalho teve como objetivo elaborar um plano de gerenciamento dos MAV do hospital de estudo. **Metodologia:** Foram classificados como MAV os medicamentos padronizados na instituição, que pertencem à lista de Medicamentos Potencialmente Perigosos de Uso Hospitalar, publicada pelo Institute for Safe Medication Practices (ISMP) Brasil, em 2015. **Resultados:** Verificou-se que são padronizados no hospital 71 MAV, totalizando 106 apresentações farmacêuticas distintas. A partir

desta informação, foi elaborado um Guia Farmacêutico contendo as fichas técnicas de cada MAV. Para cada medicamento foram reunidas informações sobre: apresentação, categoria terapêutica, indicação, medicamento de referência, armazenamento, risco, vias de administração, diluição, dose máxima diária, interações medicamentosas e tratamento da toxicidade/superdosagem. Em seguida, os MAV foram separados em grupos terapêuticos e foram propostos processos padronizados para o recebimento, reembalagem, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e administração desses medicamentos. Conclusão: A promoção do acesso à informação sobre os MAV e o desenvolvimento de procedimentos internos têm potencialidade para reduzir a probabilidade de falhas e aumentar a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo aos pacientes.

Palavras-chave: Medicamentos; Segurança do Paciente; Serviço de Farmácia Hospitalar.

Título: Programa Estadual de Verificação da Qualidade de Medicamentos – Provede-Ba: A Experiência da Divisa – BA.

Autores: Leylane Porto Bittencourt, Cristina Spina Braga, Diana Aragão Santiago, Denise Carvalho Buffoni, Simone Carreiro Brasil, Antonio Henrique Bonilha, Carla Maria Castro dos Santos

Resumo:

Este trabalho tem como objetivo demonstrar resultados das atividades realizadas pela equipe da Comissão Especial de Avaliação Técnica de Produtos Médico-Hospitalares e Laboratoriais (CEAT) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) no quadriênio de 2015-2018. A pré-qualificação de produtos médico-hospitalares teve início no ano de 2008, e compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações sobre o produto e a realização de avaliações: legal, técnica e funcional antes da compra. Baseado nos relatórios anuais da CEAT (2015-2018) foi possível perceber que na Análise Documental, os produtos se encontravam em sua grande maioria em conformidade e foram enviados para testes funcionais, demonstrando-se que durante os anos as empresas estão se adequando às exigências do INCA. E em relação aos Consensos mais marcas foram pré-qualificadas positivamente no decorrer dos anos. Além disso, ao longo dos anos a CEAT vêm realizando mais análises documentais, do que consensos, que são efetivamente a inclusão de novas marcas no catálogo INCA. Percebe-se que as atividades da CEAT estão culminando para que mais produtos sejam pré-qualificados no INCA, e com isso, aumente o número de marcas para os processos licitatórios. Assim, a CEAT cumpriu com o seu objetivo propiciando maior qualidade dos materiais adquiridos pela instituição, além de uma melhor proteção aos profissionais e pacientes, contribuindo assim para uma assistência à saúde de qualidade pautada na segurança e eficácia. Com isto, esta comissão atua também na prevenção em



tecnovigilância, isto é, queixas técnicas e eventos adversos relacionados a materiais médico hospitalares e laboratoriais.

Palavras-chave: Tecnovigilância, Gerência de Risco, Segurança do Paciente, Pré-qualificação.

Título: Pré-Qualificação de Materiais Médico Hospitalares e Laboratoriais como Ações de Prevenção em Tecnovigilância.

Autores: Anderson Silva de Oliveira, Emanuel Bonfim Santos Galvão, Emília de Santana Sena, Enio Roberto Matui, Keila Fernanda Guerra Silva, Mary José Campos Romero, Raymund Hans Helmut Huttner Sorgenfrei, Rita de Cássia de Jesus Rocha, Jerusa Seixas Guimarães Reis

Resumo:

Introdução: O monitoramento dos medicamentos comercializados na Bahia por meio de análises executadas pelo LACEN-BA é uma das formas de avaliar a qualidade dos produtos fornecidos a população. Desta forma, o estado da Bahia desenvolve, desde dezembro de 2017, o Programa Estadual de Verificação da qualidade de Medicamentos – PROVEME-BA. Neste programa são coletadas amostras dos fármacos: Ácido Acetilsalicílico, Aciclovir, Diazepam e Dipirona, na forma farmacêutica comprimido, em centrais de abastecimento e distribuidoras de municípios da região metropolitana de Salvador. **Objetivo:** Apresentar os resultados do PROVEME-BA desenvolvido nos anos de 2017 e 2018 pela Coordenação de Vigilância, Investigação e Monitoramento – COVIM/DIVISA. **Metodologia:** Os laudos de análises das amostras de medicamentos coletadas entre dezembro de 2017 e outubro de 2018 e analisadas pelo LACEN-BA foram tabeladas em sistema Excel® para avaliação das informações relativas a conformidade dos ensaios e a caracterização do estabelecimento participante do referido Programa. **Resultados:** Neste período foram analisadas 42 amostras de medicamentos, perfazendo 12 laboratórios produtores de medicamentos. Com relação aos fármacos analisados: 4 (9,52%) foram de Aciclovir, 10 (23,81%) foram de Ácido Acetilsalicílico, 23 (54,76%) foram de Diazepam e 5 (11,91%) foram de Dipirona. No quesito local de coleta da amostra 17 (40,48%) foram realizadas em centrais de abastecimento farmacêutico públicas, enquanto que 25 (59,52%) foram em estabelecimentos privados. Das amostras analisadas apenas 01 (2,38%) teve resultado insatisfatório devido a embalagem primária está em desacordo com Resolução Anvisa RDC nº 71 de 22/12/2019. **Considerações Finais:** A execução deste programa contribui, sobremaneira, para o monitoramento da comercialização de medicamentos no estado da Bahia, uma vez que, desta forma, consegue-se verificar a qualidade dos medicamentos analisados, porém existe a necessidade de expansão do referido programa, uma vez que nesta fase só foi possível coletar medicamentos na capital e em sua região



metropolitana, além disso, se faz necessário o aumento do elenco de medicamentos analisados e do número de coletas realizadas para que se possa ter um monitoramento mais efetivo do mercado e, por consequência, refletindo na segurança do uso dos medicamentos por parte da população baiana.

Palavras-chave: Medicamentos, Controle de Qualidade, Farmacovigilância.

Título: Qualidade da Terapia Nutricional Enteral em Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário em Salvador.

Autores: Rafael Pinto Lourenco, Monalisa Viana Sant'anna, Natanael Moura Teixeira De Jesus, Izabel Dos Santos Cruz, Kathlene Rocha Dos Santos

Resumo:

Introdução: Os indicadores de qualidade em terapia nutricional (IQTN) têm como objetivo avaliar a qualidade da terapia nutricional aplicada nos hospitais, identificando falhas no protocolo da nutrição contribuindo assim para melhoria da assistência ao paciente. **Objetivo:** Avaliar os IQTN das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário. **Método:** Trata-se de estudo observacional retrospectivo, com pacientes de 18 anos, de ambos os sexos, em uso de sonda nasoenteral nas unidades de terapia intensiva de um hospital em Salvador-Bahia. Foram levantados dados a partir de prontuário eletrônico e aplicados os indicadores de qualidade em terapia nutricional de forma prospectiva pela equipe de nutrição, durante o ano de 2018. Os dados foram descritos pelos cálculos dos indicadores (triagem nutricional, frequência de diarreia, volume prescrito versus volume infundido, obstrução e saída inadvertidas de sonda), analisado no software Excel 2016. O estudo foi aprovado no comitê de ética do hospital. **Resultados:** Os indicadores de frequência de volume prescrito versus volume infundido estavam com não conformidades na maioria dos meses analisados, já os indicadores de saída inadvertida de sonda, obstrução de sonda e triagem nutricional estavam em conformidades, esses dados ajudaram em tomadas de decisão para melhoria da terapia nutricional na instituição. **Conclusão:** Portanto, são necessárias avaliações dos indicadores não conforme e monitoramento dos conformes pela equipe multidisciplinar, a fim de realizar medidas corretivas, gerando melhor qualidade e segurança na terapia nutricional.

Palavras-chave: Terapia Nutricional, Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde, Nutrição Enteral, Nutrição em Cuidados Intensivos.



Título: Quem Sou Eu: Dando Voz ao Paciente na Unidade de Terapia Intensiva.

Autores: Talita Nangle de Sousa Silva, Marcelle de Barros e Silva Torres, Bernuarda Roberta de Oliveira Santos, Thaís Moreira Estevão

Resumo:

Introdução: A internação em unidade de terapia intensiva desencadeia nos pacientes e familiares, sentimentos como ansiedade, angústia e medo. No imaginário popular, a UTI é geralmente considerada um ambiente hostil, onde o paciente perde sua autonomia, ficando afastado do convívio familiar e social (ALMENDRA, 2017). Nos últimos anos, no contexto da assistência humanizada, um aspecto que torna as relações humanas difíceis, pouco pessoais e individualistas é o avanço da tecnologia e da ciência, que influenciam com grande impacto as profissões e as práticas na área de saúde, entretanto, essa realidade vem sendo modificada. O psicólogo, vem ganhando cada vez mais reconhecimento de sua atividade no ambiente hospitalar e a UTI se mostra um local propício para sua atuação. Com a instituição da Política Nacional de Humanização (PNH) faz-se cada vez mais urgente investir em intervenções que permitam uma maior participação do paciente e sua família no processo de tratamento (HUMANIZASUS, 2003). Diante desse contexto, e, considerando os princípios da PNH no que tange ao protagonismo, autonomia e corresponsabilidade do usuário, preconizados pelo SUS, foi identificada a necessidade na nossa instituição de ações neste cenário. **Objetivo:** Compartilhar a experiência da implantação do "Quem sou eu?" que promoveu maior interação entre pacientes, familiares e equipe na Unidade de Terapia Intensiva Geral de adultos do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. **Metodologia:** Foi elaborado um instrumento intitulado "Quem Sou eu?" com itens que trazem um pouco da história de vida do paciente e permitem conhecer suas principais necessidades durante a internação (Me chamem por: sobre mim: gosto de: enquanto estiver na UTI me sentirei melhor se:). Essas informações foram colhidas pela psicóloga da unidade e ficaram disponíveis em quadros fixados à beira do leito, de forma que a equipe pudesse visualizar facilmente. Esses mesmos dados também passaram a ser utilizados durante a visita multiprofissional que acontece diariamente. **Resultados:** Evidenciamos que após a implantação desse instrumento houve uma melhor interação entre usuários e equipe e, os profissionais mostraram-se mais sensíveis em atender às necessidades elencadas pelos pacientes, que relataram sentir-se bem acolhidos e envolvidos no processo do cuidado. **Considerações Finais:** O presente relato demonstra que a intervenção realizada foi eficaz enquanto instrumento que aproximou pacientes/familiares da equipe, resgatando a prática profissional mais humanizada permitindo refletir sobre o sentido real da assistência como uma forma de cuidado que aproxima, individualiza e respeita as necessidades pessoais do paciente.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, Humanização, Paciente.



Título: Relato de Experiência das Estratégias para Aumentar o Número de Notificações Espontâneas.

Autores: Marcelle de Barros e Silva Torres, Bernuarda Roberta de Oliveira Santos, Thaís Moreira Estevão

Resumo:

Introdução: O movimento pela segurança do paciente estimula uma forma de repensar os processos assistenciais, com o intuito de identificar a ocorrência de falhas antes que causem danos aos pacientes. Uma estratégia de identificação de problemas utilizada na área de segurança do paciente e, implantada em muitos países é o sistema de notificação de incidentes (ANVISA, 2017). A notificação voluntária é o método mais antigo, simples, eficaz e de menor custo para informação de incidentes e desvios de qualidade. No entanto, por se tratar de uma fonte de informação espontânea, tem como desvantagem a subnotificação, que impede o serviço hospitalar de ampliar o conhecimento acerca da segurança. As principais causas que levam a subnotificação são a falta de conhecimento sobre a importância de notificar e como fazê-lo, ausência de retorno após a notificação, preocupação dos profissionais quanto a punições; falta de percepção e compreensão dos incidentes. (ANVISA, 2017). Diante das dificuldades em obter notificação, a Gerência de Riscos/NSP deste hospital desenvolveu estratégias, visando aumentar a adesão a notificação espontânea. **Objetivo:** Compartilhar as estratégias utilizadas para o aumento do número das notificações espontâneas em vigipós e incidentes que afetam a segurança dos pacientes. **Metodologia:** A equipe da gerência de riscos realizou visitas aos setores, orientando os profissionais quanto a importância de notificar. Foram disponibilizados quadros de "Gestão à Vista" em todas as unidades assistenciais e setores gerenciais, onde são divulgados trimestralmente os indicadores de incidentes em saúde e mensalmente é feito o agradecimento aos profissionais que contribuíram com suas notificações. Ainda foi instituído pela gerência de riscos o Feedback aos notificantes de forma individual/setorial o desfecho das ações a partir de sua notificação. **Resultados:** Com as estratégias implantadas o número de notificações espontâneas aumentou em 82,54% em 2018 comparado à 2017. **Considerações finais:** O resultado obtido evidenciou que as ações implantadas contribuíram significativamente no aumento da quantidade de notificações espontâneas, permitindo identificar os riscos de forma proativa, possibilitando, realizar as intervenções necessárias para garantir uma melhoria contínua na assistência à saúde.

Palavras-chave: Notificação Espontânea, Estratégias, Segurança do Paciente.



Título: Relato de Experiência: Debriefing como Ferramenta de Treinamento de Profissionais de Saúde nos Protocolos de Segurança do Paciente.

Autores: Tálison Taylon Diniz Ferreira, Jacione Lemos Botelho Maia, Francimary Martins Silva, Jorgileia Braga de Melo, Fabiana Neves Martins, Natália de Jesus Sousa Cunha, Samira Rodrigues dos Santos

Resumo:

Introdução: Debriefing é uma ferramenta de observação direta da prestação de cuidados utilizada para potencializar a aprendizagem por meio da experiência, possibilitando mudanças positivas de comportamento. Esta pode ser uma estratégia para avaliação de erros ativos já que o cumprimento dos protocolos de segurança do paciente, instituídos desde 2013, ainda é um desafio para muitas instituições de saúde. O Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária definiu 06 protocolos com base nas Metas internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS) com o intuito de tornar os serviços de saúde mais seguros para os pacientes e colaboradores. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização da ferramenta *debriefing* pós implantação dos protocolos de segurança do paciente na Unidade de Clínica Médica. **Método:** No primeiro momento, o profissional da Gestão de Riscos (GR) apresentou a ferramenta *debriefing* à equipe multiprofissional. Em seguida, o membro da GR observou a atividade de cada profissional de saúde da Unidade de Clínica Médica a fim de avaliar o cumprimento dos protocolos de segurança do paciente. Após este momento foi iniciado o ciclo de discussão, quando o profissional da Unidade relatou os pontos fortes e aqueles a melhorar percebidos sobre sua atuação. Em seguida, a equipe da GR reforçou os pontos fortes e destacou os que precisavam melhorar à luz dos protocolos de segurança do paciente e das metas correspondentes. Ao final, foi feito um momento de autoavaliação dos protocolos, da rotina e sobre a ferramenta que foi utilizada. **Resultados:** O presente estudo viabilizou o aprendizado dos protocolos de segurança do paciente, permitindo aos profissionais avaliados relacionar melhor os conceitos teóricos com a prática sem sair da sua Unidade de trabalho. Além disso, aproximou os profissionais da Clínica Médica com os conceitos de segurança do paciente, melhorou a interação entre estes e a equipe de Gestão de Riscos (GR) e a adesão aos protocolos, gerando a motivação de ambas as equipes. **Considerações Finais:** O processo de aprendizagem se torna mais efetivo por meio desta metodologia, permitindo que o profissional possa melhorar a adesão aos protocolos de segurança do paciente na Instituição.

Palavras-chave: Debriefing, Segurança do Paciente.

Título: Segurança do Paciente: Análise Prospectiva dos Eventos de Queda.

Autores: Michele da Silva Trevizan, Poliana Vanderlei Nunes, Ana Maria Braguini

Resumo:

Introdução: A Portaria GM/MS nº 529/2013 instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) visando aumentar a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde do território nacional. A Segurança do Paciente é um componente essencial da qualidade do cuidado. Aliada a essa preocupação com a Segurança do Paciente ocorre a busca por estratégias para prevenção de queda, que está entre os principais eventos adversos a serem prevenidos nas instituições. A queda é um evento em que o indivíduo cai no chão ou se desloca a níveis inferiores a posição inicial, excluindo mudanças intencionais. ⁽¹⁾ As fases de elaboração da Análise Prospectiva foram divididas em cinco fases: I. Capacitação e treinamento sobre as ações preventivas; II. Criação do Comitê de Queda, Campanha de Sensibilização do Protocolo de Prevenção de Queda; III. Revisão do Protocolo e folders de orientação para pacientes e familiares; IV. Elaboração de formulário para auditoria do processo de prevenção e realização primeira auditoria; V. Análise dos resultados da auditoria pelo Comitê de Queda e sensibilização com as equipes das oportunidades de melhoria identificadas. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi implantar e monitorar ações preventivas para mitigar e prevenir eventos de queda e com isso eliminar seus danos. **Resultados:** De acordo com o histórico de eventos relacionados a queda em 2017 foram realizadas 39.696 avaliações de risco em pacientes internados. Destes, 52 pacientes sofreram queda, porém não tivemos nenhum dano. Em 2018, foram avaliados 52.586 pacientes com risco de queda, sendo que 45 pacientes sofreram queda. Já no primeiro trimestre de 2019 foram avaliados 14.985 pacientes com risco de queda e 9 sofreram queda. Comparando estes anos tivemos uma redução de 46%. Quanto ao Histórico de efetividade das ações realizadas referente a prevenção de queda por trimestre desde o ano de 2017 alcançamos no ano primeiro trimestre de 2019 o total de 99,40%. Na instituição utilizamos a CISP (Classificação Internacional de Segurança do Paciente- OMS) para classificar os incidentes. Entre 2017 até o primeiro trimestre de 2019 tivemos um total de 90% de incidente sem dano ao paciente e 10% de incidentes com dano, porém considerados leves. **Considerações:** Verificou-se que o maior percentual dos pacientes que sofreram queda estava classificado na categoria alto risco de queda. Foi necessário realizar diversas ações educativas e preventivas para aumentar a adesão, adequação e efetividade das medidas ao protocolo de queda e com isso diminuir a incidência de queda de 2017 a 2019.

Referências Bibliográficas

1 - American Geriatrics Society; British Geriatrics Society. AGS/BGS Clinical practice guideline: for prevention of falls in older person [Internet]. New York: AGS; 2010 [Acess Oct 9, 2016]. Available form: http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionais/clinica_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010.



2 - Kohn LY, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 2000.

Palavras-chave: Gerenciamento de Riscos, Segurança do Paciente, Protocolo de Prevenção de Queda.

Título: Segurança Hospitalar: Renove sua Habilitação!

Autores: Vivian Biazon El Reda Feijó, Renata Aparecida Belei, Sheila Esteves Farias, Alex Luís Fagundes, Luis Roberto Barbino Júnior, Alexsandro de Oliveira Dias, Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad

Resumo:

Introdução: A Campanha ‘Segurança Hospitalar: Renove sua Habilitação!’ foi realizada no mês de abril, em comemoração à Política Nacional de Segurança do Paciente. Objetivo: Descrever estratégias de inovação metodológica no ensino-aprendizagem desencadeadas pela Gerência de Risco na Campanha de Segurança Hospitalar. Método: Estudo descritivo, realizado em um hospital universitário público, inserido na Rede Sentinela. O evento ocorreu no mês de abril de 2019, com a participação da comunidade interna (servidores/alunos/docentes) e comunidade externa (pacientes/acompanhantes/familiares) e contou com atividades alusivas as regulamentações das Leis de Trânsito. A abertura da Campanha foi realizada pela Diretora Superintendente no anfiteatro da instituição, seguido da palestra ‘Segurança Hospitalar: a responsabilidade é de todos’ proferida pelo Gerente de Risco. Durante uma semana foram realizadas simulações realísticas, direcionadas às equipes de enfermagem, com cenários das práticas assistenciais seguras, com realização de pré e pós-teste. Foi realizada, também, a “Blitz da Segurança Hospitalar” que contou com a abordagem a comunidade interna/externa com seis estações no *hall* da instituição de conhecimento explanativas: Estação 1- identificação do paciente, risco de queda e lesão por pressão, esta última também enfatizou a importância da nutrição adequada; Estação 2- medicamentos de alta vigilância; Estação 3- saúde do trabalhador; Estação 4- higienização das mãos e prevenção de infecção; Estação 5- cirurgia segura e Estação 6- comunicação efetiva entre os profissionais. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) oportunizou em doze unidades administrativas e nove de apoio técnico acesso as informações educativas de segurança focado aos colaboradores. Os residentes e acadêmicos da área de saúde realizaram visitas nas unidades assistenciais empoderando os pacientes e acompanhantes sobre a importância de solicitarem ações antes do cuidado: a leitura da sua pulseira de identificação, a higienização das mãos e o esclarecimento da administração dos medicamentos realizados pelos profissionais de saúde. Resultados: a palestra totalizou 110 participantes, a realização das simulações realísticas obteve 99% de assertividade no pós-teste e contou com a participação de 199 profissionais; a CIPA realizou orientações a 120



colaboradores; as Estações da Blitz de Segurança capacitaram 252 pessoas e o empoderamento foi realizado a 44 pacientes/acompanhantes. Ao término das atividades, os participantes ganhavam um selo para fixação no *banner* de seu local de trabalho e uma Carteira de Habilitação atribuindo sua renovação no tema. Após a Campanha ocorreu a premiação com a presença dos diretores, com um café da manhã e a entrega do troféu comemorativo nas três unidades que obtiveram expressiva participação (unidade de internação masculina, maternidade e lavanderia hospitalar). Obteve-se a participação de 725 colaboradores na Campanha, sendo emitido certificado aos mesmos e a avaliação foi classificada entre ótimo/bom por 90% dos participantes. Considerações Finais: Anualmente, faz-se necessário, a realização de capacitações sobre a segurança hospitalar considerando a rotatividade de profissionais e alunos de graduação/pós-graduação, bem como a complexidade de um hospital universitário público, com o uso de jogos e dinâmicas como práticas pedagógicas inovadoras que contribuíram como ferramenta de favorecimento do aprendizado e o fortalecimento da cultura de segurança, além da interação entre as áreas assistenciais, administrativas, de apoio e acadêmica.

Palavras-chave: Educação Continuada, Segurança do Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Gestão de Segurança.

Título: Simulação Realística como Estratégia para a Elaboração e Validação de Protocolo para Transporte Seguro em uma Maternidade de Referência no Ceará: Relato de Experiência.

Autores: Rhaquel de Moraes Alves Barbosa Oliveira, Liliana Soares Nogueira Paes, Eduardo Frota Oliveira, Maria Ivonilde da Silva Sales, Eugenie Desiree Rabelo Neri

Resumo:

A simulação realística (SR) é uma técnica e uma tecnologia que objetiva substituir ou amplificar uma experiência real com supervisão, mas que evoca aspectos reais em um ambiente interativo¹. O transporte de pacientes é a transferência temporária ou definitiva do paciente, por profissionais de saúde, dentro do ambiente hospitalar ou entre unidades não hospitalares ou hospitalares de referência². O estudo objetivou relatar a experiência com a utilização da simulação realística como uma estratégia para a elaboração do protocolo de transporte seguro. Trata-se de um relato de experiência do Serviço de Gestão de Riscos em Saúde de uma maternidade de referência do Ceará, durante a elaboração do protocolo de transporte seguro. Na elaboração do protocolo foi identificada a necessidade de utilizar a simulação de um transporte inter-hospitalar de um recém-nascido (RN), como forma de avaliar se todos os passos necessários à segurança do paciente estavam devidamente contemplados no protocolo de transporte seguro. Para tanto, foi realizado planejamento, pela Gestão de Riscos (enfermeira), Neonatologia (médica neonatologista) e Engenharia Clínica (engenheiro clínico). Para que a simulação fosse realística, os demais membros

da equipe foram chamados para o transporte de um recém-nascido e desconheciam que era um transporte simulado, para que a observação dos passos do protocolo ficasse o mais próximo da realidade. A equipe responsável pelo planejamento, decidiu o perfil do RN a ser transportado e contatou o setor de transporte, agendando a transferência do paciente, seguindo o fluxo institucional. Para simular o paciente foi utilizado um boneco, além de todos os materiais necessários, como: incubadora de transporte, suporte ventilatório com máscara ambu, bala de oxigênio, bomba de infusão, oxímetro. Participaram da simulação: neonatologista (1), técnica de enfermagem da unidade neonatal (1), profissional do transporte (1), engenheiro clínico (1) e enfermeira da gestão de riscos da instituição (1). O transporte ocorreu de forma tranquila, sendo possível identificar gargalos e riscos existentes no percurso. As fragilidades identificadas foram listadas e um plano de ação elaborado, para saná-las e minimizar os riscos. A engenharia clínica trabalhou nos ajustes da ambulância utilizada para esta modalidade de transporte e os demais membros da equipe no ajuste do processo de trabalho. A simulação contribuiu para a melhor interpretação e delineamento do passo a passo do protocolo, bem como para a solução de fragilidades não percebidas durante a elaboração do protocolo e que poderiam comprometer a execução de todos os passos planejados, sendo decisiva para a efetiva aplicação do protocolo para a segurança do transporte de pacientes (RN) na instituição. A aplicação de estratégias ativas na elaboração e validação de protocolos utilizando a simulação realística como ferramenta de verificação e validação aumenta a probabilidade da aplicação adequada do protocolo e da obtenção de resultados significativos para a segurança do paciente, visto que põe a prova o que é escrito, permitindo ajustes, antes da disseminação do protocolo. Além disso, o envolvimento da equipe na simulação, estimula a análise crítico-reflexiva sobre a aplicação do protocolo proposto, aumentando a probabilidade de sucesso em sua aplicação no cotidiano da instituição e para a atuação diante da situação real.

Palavras-chave: Simulação Realística, Transporte, Segurança do Paciente.

Título: Síndrome de Stevens-Johnson: Relato de Caso de Reação Adversa Grave em Farmacovigilância.

Autores: Talita Mara Lima Pimentel, Ana Livia Santiago Macêdo, Mônica Medeiros de Vasconcelos

Resumo:

Introdução: A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) e a Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) são reações adversas medicamentosas cutâneas graves e raras, com mecanismo de hipersensibilidade retardada. Estas reações podem tornar-se fatais e são consideradas emergências médicas (COELHO, 2013). Inicialmente ocorre uma erupção cutânea com máculas eritematosas violáceas,

bolhas flácidas que facilmente se rompem e a epiderme se descola da derme formando erosões de extensões diversas. A epiderme apresenta aspecto de *papel de cigarro molhado* e é destacada em grandes retalhos ao menor traumatismo, portanto os pacientes devem ser manuseados com bastante cuidado. Cerca de 90% das mucosas são atingidas em ambas as patologias, principalmente da mucosa oral, ocular e genital. Erosões extensas e dolorosas determinam dificuldades na alimentação, fotofobia e disúria. Pode ocorrer atingimento ocular em cerca de 60% dos doentes, com lesões da córnea e também é possível o acometimento das mucosas respiratórias. (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Objetivos: Relatar o caso de reação adversa a medicamentos em paciente com Doença Arterial Obstrutiva Periférica em um hospital de referência do Estado do Ceará, integrante da Rede Sentinela. Preservar a segurança dos medicamentos, certificando-se de que haja troca confiável e oportuna de informações sobre questões relacionadas à segurança dos medicamentos, promovendo atividades relativas à farmacovigilância em toda a Organização. Resultados: Paciente com 68 anos, diagnóstico de Doença Arterial Obstrutiva Periférica e lesão trófica em pé esquerdo, submetida à cirurgia para amputação do 3º, 4º e 5º pododáctilo esquerdo e com tratamento com Ciprofloxacino, Clindamicina, Piperacilina com Tazobactan e Ácido Acetilsalicílico. Nos últimos dias de internamento, houve aparecimento de lesões bolhosas com extensas áreas, com edema em toda a face, incluindo mucosas, tronco e região genital, além de lesões necróticas em pálpebra superior e inferior. Foi orientado, pelo serviço de Farmacovigilância/Gerência de Risco, ao residente suspender os medicamentos não essenciais à manutenção da vida e a solicitar uma vaga de UTI, pois seria um risco à doente permanecer em uma unidade aberta devido à gravidade da doença. A intervenção foi seguida a paciente foi transferida para o hospital de referência no tratamento de pacientes queimados. Considerações Finais: Da admissão do paciente até a notificação ao serviço de Farmacovigilância, transcorreram 25 dias, quando houve agravamento do caso. Após investigação pela Farmacovigilância, foi possível suspeitar da origem da farmacodermia pela antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Clindamicina. A atuação da Farmacovigilância foi importante para a suspensão dos fármacos suspeitos.

Palavras-chave: Síndrome de Stevens-Johnson, Farmacovigilância, Reação Adversa a Medicamento.

Título: Sistema de Monitoramento Remoto de Utilidades (Robô X-9) para Segurança de Infraestrutura e do Paciente.

Autores: Guilherme Thiemann, Luiz Antônio Costa Junior, Daisy Elizabeth José Schwarz, Déborah Rossane Santana Costa de Souza, Raphaella Zanão Coura Bonat, Marinei Campos Ricieri

Resumo:



Introdução: A segurança de infraestrutura hospitalar tem impacto direto na segurança do paciente. Diante da necessidade de minimizar os riscos relacionados à infraestrutura e assegurar a qualidade do serviço oferecido, é fundamental desenvolver sistemas de monitoramento que permitam alertar a equipe sobre eventuais incidentes, antes que os mesmos ocorram. **Objetivo:** Apresentar um sistema de monitoramento de utilidades (Robô X-9) desenvolvido no Hospital Pequeno Príncipe (HPP) que garante a segurança dos sistemas elétrico, hidráulico, de ar comprimido e de vácuo. **Resultados:** Em 2015 foi criado pelo serviço de engenharia elétrica um sistema de monitoramento, chamado de Robô X-9, à base de sensores que detectam falhas e defeitos de funcionamento de utilidades de maneira precoce, sem que o paciente seja afetado. Tais falhas podem estar relacionadas ao abastecimento de energia elétrica pela rede de distribuição local ou por geradores próprios, níveis de água das cisternas e das caixas d'água, bombas de dreno, compressores, aquecedores, sistemas de tratamento de água da hemodiálise e da central de materiais. O sinal captado pelos sensores é transmitido para um painel com lâmpadas coloridas que mostram o status do funcionamento. Luzes verdes indicam funcionamento adequado, luzes amarelas indicam estado de alerta ou falhas não críticas para a ocorrência de algum problema e luzes vermelhas indicam defeitos ou falhas de funcionamento. Há também um alerta sonoro com a finalidade de avisar a equipe de manutenção da ocorrência de algum problema, permitindo uma ação corretiva antes de atingir o paciente. Em 2017 o sistema foi aperfeiçoado e, atualmente, além do conjunto de lâmpadas e das sirenes, há também avisos remotos por mensagem de texto por meio de uma rede telefônica externa. Assim, o monitoramento pode ser também realizado à distância, uma vez que a equipe de manutenção do hospital é avisada quando há alguma alteração no funcionamento dos sistemas. O aviso remoto é emitido em intervalos de 20 minutos até que o problema seja resolvido. O desenvolvimento e instalação desse sistema de monitoramento foi de baixo custo, com um investimento de menos de R\$ 1.000. **Considerações Finais:** O sistema desenvolvido mostrou-se simples, barato e seguro. A utilização do Robô X9 para o monitoramento da infraestrutura do hospital tem sido essencial na rotina do serviço de manutenção, já que permitiu, em todos os casos, até então, a identificação e solução dos problemas de maneira rápida e eficaz, antes que o defeito atingisse os pacientes.

Palavras-chave: Segurança de Infraestrutura, Monitoramento Remoto, Segurança do Paciente.

Título: Subnotificação das Tentativas de Suicídio ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Autores: Camila Louise Baena Ferreira, Cibeli Barsalini Martins

Resumo:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a tentativa de suicídio como um agravo de saúde pública, que exerce um grande impacto social, especialmente por ser um dos principais fatores de risco da mortalidade por suicídio (BOTEGA, 2010; MINAYO, 2005; KUTCHER; CHEHIL, 2007). Conforme a OMS, o suicídio encontra-se entre as três principais causas de mortes entre jovens e adultos de 15 a 44 anos e estima-se que o número de tentativas de suicídio pode ser até 20 vezes maior que o número de suicídios (WHO, 2014; BOTEGA, 2009). Ações voltadas ao fenômeno da tentativa de suicídio são, portanto, uma das principais estratégias para se evitar a concretização do suicídio (BOTEGA, 2014). Nesse contexto, destaca-se a Portaria nº 204/2016 que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de saúde pública; sendo que a tentativa de suicídio, é considerada um agravo de saúde pública de notificação imediata à Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2016). A temática desta pesquisa torna-se ainda mais relevante na atual conjuntura, visto que o Brasil é um dos países signatários do Plano de Ação em Saúde Mental, lançado em 2013 pela OMS, no qual se compromete com a meta de redução de 10% da taxa de mortalidade por suicídios até o ano de 2020. As ações estratégicas são divididas em três eixos, sendo que o eixo Vigilância e Qualidade da Informação possui, entre outras, a seguinte atividade: “sensibilizar profissionais de saúde sobre a importância de notificar todas as tentativas de suicídio ocorridas no município” (BRASIL, 2017, p. 13). O objetivo da presente pesquisa é analisar a subnotificação, pelos profissionais de saúde, dos casos de tentativas de suicídio através da ficha de notificação individual do Sistema de Informações de Notificação de Agravos – Sinan. Os resultados encontrados, através da revisão bibliográfica, demonstram possíveis causas que impedem um maior índice de notificação de tentativas de suicídio pelos profissionais de saúde, como o tempo gasto para realizar o preenchimento da ficha de notificação; a sobrecarga de trabalho dos profissionais; a falta de comunicação efetiva entre os profissionais da equipe para definir quem ficará responsável pelo preenchimento da ficha; o desconhecimento acerca da prática e importância da notificação, muitas vezes vista apenas como um procedimento burocrático. Considera-se que a subnotificação das tentativas de suicídio ao Sinan prejudica a coleta de dados ao não permitir que os gestores de saúde possuam acesso a informações fidedignas para o planejamento das ações de prevenção e intervenção. Nessa situação, o planejamento em saúde pode se basear em dados referentes a uma determinada parcela da população, quando na realidade, deveria envolver uma parcela muito maior que se mantém “invisível” aos gestores em consequência da subnotificação das tentativas de suicídio. Ao demonstrar a importância da notificação das tentativas de suicídio e possíveis dificuldades que precisam ser superadas para a maior adesão dos profissionais à realização da notificação, considera-se que a presente pesquisa contribui para a área da assistência e gestão em saúde.

Palavras-chave: Subnotificação, Tentativas de Suicídio, Sistema de Informação.

Título: Trigger Tool: Utilização da Ferramenta na Identificação de Eventos Adversos em um Hospital de Ensino do Sul do País.

Autores: Adeli Regina `Przybicien de Medeiros, Marilise Borges Brandão, José Wáttylla Alves dos Santos Paiva, Lígia Lopes Ribeiro, Lillian Daisy Gonçalves Wolff, Ana Paula Hermann

Resumo:

Introdução: *Trigger Tool* é ferramenta de gestão de risco para identificação de Eventos Adversos (EA), incidentes com dano ao paciente. Utiliza-se do método de revisão retrospectiva de uma amostra aleatória de prontuários em busca de gatilhos (*triggers*), pistas para identificar possíveis EA e seus respectivos graus de dano¹. Objetivo: Descrever a aplicação da ferramenta Trigger pela equipe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA) do Complexo Hospital de Clínicas (CHC/UFPR/EBSERH). Metodologia: Relato de experiência. Resultados: Mensalmente, a partir do relatório de pacientes que tiveram alta no mês anterior, gerado pelo sistema de informação, são randomizados 20 prontuários de pacientes maiores de 18 anos e 4 prontuários adicionais (*backups*), sendo que a amostra deve corresponder igualmente às duas quinzenas. A revisão dos prontuários é realizada por uma médica e dois enfermeiros da UGRA, capacitados para utilização da ferramenta. Na leitura de cada prontuário investigam-se gatilhos e a partir destes, é realizada a busca da existência de registros de EA. Após discussão multiprofissional na UGRA, registram-se os dados em planilha *Excel*®. Na eventualidade de identificação de EA, a partir do nome e número de registro do paciente, verifica-se a existência de notificação correspondente em planilha da UGRA e, caso não encontre registros, a UGRA notifica e encaminha à unidade de ocorrência do incidente. De janeiro a dezembro de 2018 foram: auditados 240 prontuários, identificados 55 gatilhos relativos a uso de hemoderivados, readmissão em até 30 dias da alta, acidente vascular em ambiente hospitalar, entre outros. Foram identificados 34 EA, sendo que 2 foram notificados pela unidade de ocorrência, 13 foram infecções associadas à assistência à saúde; 19 EA não foram notificados no VIGIHOSP que é o Sistema Informatizado de Notificações de Incidentes de Segurança da Rede EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços de Hospitalares). Todos os que não foram notificados voluntariamente no VIGIHOSP foram notificados pela UGRA. Relatórios da identificação de EA pela *TRIGGER TOOL* são enviados às unidades a cada quadrimestre e anualmente apresentados ao Núcleo de Segurança do Paciente-NSP. Considerações Finais: A ferramenta tem sido uma alternativa ágil, de fácil aplicação, complementar e eficiente de identificação de EA, contribuindo para a segurança do paciente.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Dano ao Paciente, Gerenciamento de Risco.

Título: Uso de Algoritmos de Causalidade para Avaliação de Reação Adversa a Medicamento em Pediatria: Uma Análise Comparativa.

Autores: Francielle França da Rosa, Marinei Campos Ricieri, Déborah Rossane Santana Costa de Souza, Raphaella Zanão Coura Bonat

Resumo:

Introdução: O algoritmo mais utilizado nos centros de farmacovigilância no Brasil, para avaliação de causalidade de reações adversas a medicamentos (RAM), é o de Naranjo et al. (1981). Em comparação com outros algoritmos disponíveis, a aplicação do Naranjo tem mostrado limitações, provavelmente porque a concepção deste algoritmo foi para aplicação em ambiente controlado, ou seja, em pacientes adultos participantes de ensaios clínicos randomizados. O serviço de farmacovigilância do Hospital Pequeno Príncipe é um campo de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente das Faculdades Pequeno Príncipe. Nele, atuam um residente de enfermagem (R2) e um de biomedicina (R1) por um período de 4 meses, sob a supervisão da farmacêutica gerente de risco. Neste campo uma das atividades é investigar e notificar eventos adversos relacionados a medicamentos. Considerando a limitação do algoritmo de Naranjo e o viés de subjetividade de diferentes avaliadores, realizamos uma pesquisa para selecionar o algoritmo que melhor garantisse a reprodutibilidade intra e inter avaliadores, minimizando a discordância na análise da causalidade. Objetivo: Realizar uma análise comparativa entre três algoritmos de causalidade descritos na literatura para determinação de RAM em pediatria, descrevendo o que melhor se aplica nesta população. Resultados: Foram coletadas 30 suspeitas de RAM, as quais foram analisadas por 3 avaliadoras com formações acadêmicas distintas (farmacêutica, biomédica e enfermeira) e em 2 momentos diferentes com um intervalo mínimo de 15 dias entre eles, para obtenção da concordância entre e intra avaliador. Para comparar os resultados das avaliações de causalidade foi utilizado o coeficiente de kappa. Os valores foram interpretados de acordo com o protocolo de Landis & Koch (1977). Foram selecionados os algoritmos de Naranjo (1981), Liverpool (2011) e de Théophile (2012). Com relação aos resultados observou-se que o algoritmo de Liverpool foi o que obteve melhor reprodutibilidade intra e entre avaliadores. Esse fato pode estar relacionado à sua fácil aplicação, objetividade, rapidez e por não necessitar de experiência do avaliador. O algoritmo de Théophile também apresentou boa concordância, já que a classificação da causalidade em 'a favor' ou 'em desfavor' é mais objetiva na prática do que os desfechos dos algoritmos de Naranjo e Liverpool. Considerações finais: os algoritmos de Liverpool e Théophile mostraram maior concordância entre e intra avaliadores do que o Naranjo. O serviço de farmacovigilância do HPP adotou, a partir de 2018, o uso destes 2 algoritmos para avaliação da causalidade das RAM.

Palavras-chave: Causalidade, Reação Adversa a Medicamento, Farmacovigilância, Pediatria, Algoritmos.

Título: Uso de Campanhas e Indicadores para a Disseminação das Metas de Segurança do Paciente e Fortalecimento da Cultura de Segurança em um Hospital Público da Grande São Paulo.

Autores: Lisiane Valdez Gaspary, Gisele de Oliveira Morgado, Adriana Pires dos Santos

Resumo:

Introdução: Em 2013, o Ministério da Saúde lançou a Resolução RDC nº 36 instituindo ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, que incluía a implantação de Protocolos de Segurança do Paciente e o monitoramento dos seus indicadores. Paralelamente, também publicou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente que descreviam medidas de educação e divulgação das boas práticas para profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes. **Objetivo:** Descrever as campanhas utilizadas para a disseminação das Metas de Segurança do Paciente e os indicadores para o monitoramento e fortalecimento da Cultura de Segurança em um Hospital Público da Grande São Paulo. **Metodologia:** Em 2011, o Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS) mapeou protocolos e procedimentos para diagnóstico, revisão e implantação das metas de segurança e criou políticas institucionais como medida estratégica. O Comitê de Segurança (Núcleo de Segurança do Paciente) foi responsável por elaborar as propostas de melhorias nos processos, assim como revisar os documentos existentes a partir de novas publicações, utilizando-se da saúde baseada em evidência e *benchmarking* com hospitais. A disseminação das metas ocorreu em campanhas semestrais a partir da utilização de treinamentos *in loco* com metodologias lúdicas e *e-learning*. O monitoramento é composto por um conjunto de indicadores de processo e resultado, divulgação por meio de relatórios publicados na intranet, nos murais de gestão à vista e no sistema de gestão de indicadores. **Resultados:** Até o 1º semestre de 2019 foram realizadas 12 campanhas internamente, com temas como Embarque nesta Viagem, Folia das Metas, Primavera das Metas, Páscoa das Metas, Pokemetas, Copa das Metas, Olimpíadas das Metas, Pequenas Atitudes Grandes Resultados, entre outros. O material lúdico utilizado foi a caça ao tesouro, jogo dos sete 7 erros, quebra-cabeça, ache o erro, verdadeiro ou falso, jogos de tabuleiro, jogo da memória, crachá das metas etc. Em média, em cada campanha, 500 colaboradores foram capacitados. Os resultados dos indicadores das metas comparando 2012 com 2018 foram respectivamente: de 46,1% para 86,6% na Taxa de adesão a correta identificação do paciente; de 22,6% para 92,5% na Taxa de adesão ao POP do ler de volta; de 0,6 % para 0,37% na Densidade de incidência de quase eventos na utilização de medicamentos de alta vigilância; de 87,3% para 98,5% na Taxa de marcação de sítio cirúrgico; de 47,4% para 85,5% na Taxa de adesão à higienização das mãos; de 1,05% para 0,75% na Incidência de queda paciente. **Considerações finais:** A aplicação de métodos lúdicos utilizados em campanhas para a disseminação das metas de segurança no HGIS se mostrou bem sucedida como método de ensino – aprendizagem em saúde, com tendência positiva em todos os indicadores analisados, refletindo o fortalecimento da cultura de segurança com melhora da adesão às políticas propostas e minimização dos eventos adversos.

Palavras-chave: Campanhas; Metas de Segurança; Disseminação; Fortalecimento; Indicadores.



Título: Utilização da Análise de Evento como Ferramenta para a Cultura de Segurança do Paciente.

Autores: Roberta Mari de Oliveira Pereira

Resumo:

Introdução: A segurança, a satisfação e o mínimo de riscos e erros durante o atendimento à clientela vêm sendo princípios básicos na busca pela qualidade nos serviços de saúde e, nesta perspectiva, a ausência de incidentes é uma meta a ser alcançada. Incidentes são eventos ou circunstâncias não esperadas que podem ou não causar danos ao paciente e são decorrentes de múltiplos fatores que têm influência negativa sobre os resultados em saúde. Diante desse cenário, a segurança dos pacientes necessita ser tratada, nas instituições de saúde, como uma prioridade, de modo a prevenir a ocorrência de eventos adversos, principalmente diante da constatação de sua característica evitável. Neste contexto o setor de Qualidade do Instituto de Radiologia realiza análises de eventos junto as áreas assistenciais com o objetivo de minimizar riscos e conseqüentemente evitar recorrências de falhas nos processos. Recentemente criou-se uma discussão dessas análises aberta a toda a Instituição buscando aprender com os erros, bem como instituir uma cultura de segurança e garantia da qualidade prestada ao nosso cliente e melhoria contínua de nossos processos. **Objetivo:** Minimizar riscos e conseqüentemente evitar recorrências de falhas nos processos. **Resultados:** Iniciamos essa prática em dezembro de 2018 com a participação de pelo menos um colaborador de cada setor assistencial do InRad. Os setores são: Radiologia Intervencionista, Medicina Nuclear, Tomografia, Radioterapia, Radiologia Geral, Ultrassonografia, Ecocardiograma, Mamografia, Ressonância Magnética e Emergência Referenciada. Realizamos a discussão a cada dois meses aberta a toda a instituição. Nosso próximo passo é abrir essa ação a sociedade, proporcionando uma gestão transparente além de participar o paciente nas ações de melhorias, promovendo com isso uma melhor experiência ao nosso cliente. **Considerações finais:** Essa atividade trouxe maior envolvimento entre equipes assistenciais, além de promover discussões, oportunidades de melhorias e aprendizados em diferentes níveis de atuação. Proporcionou também uma cultura de segurança enraizada e maturidade institucional. Os profissionais de saúde estão mais engajados na busca da segurança do paciente e conseqüentemente na diminuição de incidentes ocasionados por falhas de processos. A melhoria contínua é algo intrínseco e discutido no dia a dia através desta ação e de muitas outras onde nos levam a cada dia mais garantir um atendimento seguro e de qualidade aos nossos pacientes.

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Análise de Evento, Riscos Hospitalares.

Título: Visita Multidisciplinar em Unidade de Terapia Intensiva do Centro de Medicina Tropical de Rondônia.

Autores: Mariana Pinheiro Alves Vasconcelos, Júlia Teixeira Ton, Iris Land Leonel Lima, Gladson Denny Siqueira, Raquel Gil, Stella Ângelo Tarallo Zimmerli

Resumo:

Introdução: A visita multidisciplinar (VMD) é uma prática crescente em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Estudos mostram melhorias nos desfechos clínicos associados à VMD. Sendo possível determinar prioridades, definir cuidados em conjunto e planejamentos estratégicos com a VMD. Os dispositivos invasivos constituem importantes fatores de risco para infecções, sendo sepse uma das principais causas de óbitos em UTI. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto da VMD na mortalidade e na taxa de utilização (TU) de dispositivos invasivos na UTI. **Resultados:** Estudo retrospectivo realizado na UTI do Centro de Medicina Tropical do estado de Rondônia – CEMETRON, sete leitos. Sendo avaliados dois períodos, o ano de 2017, antes da implementação da VMD e o ano de 2018, período durante a VMD. Foram analisados a mortalidade e a TU de dispositivos invasivos nos dois períodos. No ano de 2017 sem VMD, a taxa de ocupação foi de 70,4%, com permanência média de 10,9 e mortalidade de 68,9%, sendo 121 óbitos e 60 altas. Com relação aos dispositivos invasivos, a TU de cateter venoso central (CVC) foi de 75,5% e de sonda vesical de demora (SVD) foi de 90,5%. No ano de 2018 com VMD, a taxa de ocupação foi de 66,0%, com permanência média de 9,9 e mortalidade de 48,2%, sendo 90 óbitos e 95 altas. Com relação aos dispositivos invasivos, a TU de CVC foi de 50,8% e de SVD foi de 60,1%. Observamos uma queda de quase 20% na mortalidade, com 35 altas a mais que o ano anterior a VMD. Evidenciando uma diminuição estatisticamente significativa da mortalidade ($p < 0,001$) após implementação da VMD. Vale ressaltar que a taxa de ventilação mecânica se manteve igual (60%) nos dois períodos. **Considerações finais:** A VMD foi associada a diminuição significativa da mortalidade e aumento das altas da UTI. O uso do *check list* ajudou a organizar o serviço, assim como minimizar falhas e contribuiu para uma melhor interação entre os profissionais em busca da segurança do paciente. As principais medidas avaliadas foram a interrupção diária da sedação, avaliação diária do uso de dispositivos invasivos, uso racional de antimicrobianos. Infecção primária de corrente sanguínea é uma das principais causas de infecções relacionada à assistência à saúde, sendo uma importante causa de complicações como sepse, na maioria dos casos relacionadas à CVC. A diminuição da TU de CVC em 25% pode ter contribuído significativamente nesse processo.

Palavras-chave: Visita Multidisciplinar, UTI, Medicina Tropical.