

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**INFLUÊNCIA DA GESTÃO DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NA  
SEGURANÇA DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA**

**EDZÂNGELA DE VASCONCELOS SANTOS**

São Paulo  
2014

Prof. Eduardo Storopoli  
Reitor da Universidade Nove de Julho

Prof. Dr. César Augusto Biancolino  
Diretor do Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistema de Saúde

Edzângela De Vasconcelos Santos

**INFLUÊNCIA DA GESTÃO DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NA  
SEGURANÇA DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA**

*INFLUENCE OF MANAGEMENT OF ADMINISTRATIVE PROCESSES IN PATIENT  
SAFETY ON INTENSIVE CARE UNITS*

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado Profissional em Administração:  
Gestão em Sistemas de Saúde da  
Universidade Nove de Julho – UNINOVE,  
como requisito parcial para obtenção do  
grau de **Mestre em Administração**

Orientadora:  
**Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Márcia Cristina Zago Novaretti**

São Paulo  
2014

Santos, Edzângela de Vasconcelos.

Influência da gestão de processos administrativos na segurança de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. / Edzângela de Vasconcelos Santos. 2014.

85 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2014.

Orientador (a): Profa. Dra. Márcia Cristina Zago Novaretti.

1. Gestão. 2. Gestão em saúde. 3. Eventos adversos. 4. Segurança do paciente. 5. Processos administrativos. 6. Incidentes.

I. Novaretti, Márcia Cristina Zago. II. Título

CDU 658:616

**EDZÂNGELA DE VASCONCELOS SANTOS**

**INFLUÊNCIA DA GESTÃO DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS NA  
SEGURANÇA DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração – Gestão em Sistema de Saúde, pela Banca Examinadora, formada por:

São Paulo, 27 de novembro de 2014.

---

Presidente: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Cristina Zago Novaretti

---

Membro: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Simone Aquino

---

Membro: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Maria Malik

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais Luiz e Creuza pelos ensinamentos, pela  
mão sempre estendida, pelo abraço sincero e o colo  
quente. Aos meus filhos Luiz Felipe e Laís Fernanda por  
serem a razão da minha vida e a essência de tudo que faço.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conceder energia, saúde e coragem necessárias à realização desta empreitada.

Aos meus pais Luiz e Creusa que incondicionalmente me apoiaram neste desafio e em todos os outros da minha vida, dia a dia, apoiando e “empurrando” nos momentos difíceis.

Aos meus filhos Luiz Felipe e Laís Fernanda pela paciência, nos meus momentos de falta de paciência e pela minha ausência neste período, pelo carinho e amor com qual me tratam, vocês são a razão de tudo na minha vida.

Aos meus irmãos Flávio Luiz e Fabiano, minhas cunhadas Ligia e Tatiana e meus sobrinhos Isabella, Gabriella, Guília e Guilherme, por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus familiares, tios (as), primos (as) e amigos (as).

À minha professora e minha orientadora Dra. Márcia Cristina Zago Novaretti. Obrigado por doar-me o seu conhecimento, pela sua dedicação, pelas sugestões, pela compreensão e apoio em momentos laboriosos destes dois anos e, em especial, nesta última fase.

As professoras Dra. Ana Maria Malik e Dra. Simone Aquino pelas sugestões valorosas que contribuíram para a finalização deste trabalho.

A todos os professores que ministraram as disciplinas com excelência e tanto contribuíram para a construção de uma base de conhecimento.

Aos colegas de mestrado da turma 2013, com os quais pude, durante todo o tempo de convivência, trocar experiências profissionais e acadêmicas, enriquecendo-me imensamente, e em especial as amigas Flávia Regina, Lígia, Maria Aparecida, Natasha e Walquíria.

Às minhas Diretoras Maria Crisitana e Carmen e minha equipe de trabalho Elizangela, Joilma, Sandra e Wilson pela compreensão, apoio e ajuda durante este período.

A todos os amigos, colegas de trabalho, ex-chefes, em especial Ligia e Toshiko, pela paciência, compreensão e estímulos para começar e terminar esta tarefa árdua.

À professora Dra. Renata Mahfuz Daud Gallotti, que abriu um caminho de possibilidades para uma vida acadêmica.

## RESUMO

Na literatura estão bem definidos os incidentes decorrentes de ações assistenciais, porém, há uma parcela de incidentes não classificáveis, relacionados essencialmente a processos administrativos sobretudo em UTI. Nesse sentido, o presente estudo objetivou analisar a influência da gestão de processos administrativos na segurança de pacientes internados em quatro UTIs clínicas. A metodologia utilizada conta com uma abordagem empírica de caráter exploratório-descritivo e estratégia de pesquisa-ação. As informações relacionadas à caracterização da população e a potenciais eventos adversos foram registradas em formulários apropriados, criados pela autora. As visitas médicas e de enfermagem foram acompanhadas com caráter observacional, anotadas em impresso próprio para relatos de eventos adversos e comparadas com a revisão diária dos registros dos prontuários. Foi realizada dupla checagem dos prontuários com os impressos de coleta de dados. Neste estudo, foram encontrados 9.396 incidentes em 202 admissões, sendo 653 (6,94%), em 148 admissões, classificados como incidentes administrativos. Dessa forma, concluímos que os incidentes administrativos ocupam uma pequena, porém, importante parcela do total de incidentes e ocorrem em processos que interferem diretamente na assistência prestada, podendo gerar danos graves ou até a morte. Quase a totalidade dos incidentes de segurança relacionada às falhas administrativas foi do tipo evitável, cabendo então o desenvolvimento e implantação de medidas de prevenção dessas ocorrências e, conseqüentemente contribuindo para a melhoria da gestão e assistência ao paciente crítico.

**Palavras chaves:** gestão, gestão em saúde, eventos adversos, segurança do paciente, processos administrativos, incidentes.



## ABSTRACT

In literature, incidents arising from healthcare assistance are well defined. Nevertheless, there are incidents related to administrative processes that are rarely studied, specifically in ICU. This study aims to analyze the influence of the management of administrative processes in the safety of ICU patients. We used descriptive exploratory empirical approach to perform this research. Data from medical records were obtained and collected daily. Additional information from medical and nursing visits were also noted in an appropriate form for reporting safety incidents and, compared with the records in the chart. Double-checking the records with the printed data collection was performed. In this study, 9,396 incidents were found in 202 admissions. Of these, 653 (6.94%) in 148 admissions were classified as administrative incidents. Thus, we conclude that the administrative incidents occupy a small but important portion of total incidents (6.94%), occurring in processes that directly affect the care provided, and may cause serious damage and even death. Almost all safety incidents related to administrative failures were preventable type, therefore fitting the development and implementation of measures to prevent such occurrences, and consequently contributing to the improvement of management and care for critical patients.

**Key words:** management, health management, adverse events, patient safety, administrative process, errors, incidents

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO .....	1
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO .....	6
1.3 QUESTÃO DE PESQUISA .....	9
1.4 OBJETIVOS .....	10
1.5 JUSTIFICATIVA .....	11
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO .....	11
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	13
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	17
2.3 GESTÃO DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS .....	20
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA .....</b>	<b>26</b>
3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA E COLETA DE DADOS.....	33
3.2.1 Local do estudo .....	33
3.2.2 População do Estudo .....	35
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	35
3.4 PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS .....	37
3.4.1 Procedimento Ético .....	37
3.4.2 Tratamento Estatístico dos Dados .....	37
3.4.3 Análise de Dados.....	38
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>39</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DAS ADMISSÕES.....	39
<b>5. CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA .....</b>	<b>52</b>
<b>6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>54</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE 1 .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE 2 .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE 3 .....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO 84</b>	

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

EUA: Estados Unidos da América

CREMESP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada

MS: Ministério da Saúde

Datasus: Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde

IOM: Institute of Medicine

ABC: *Airway, Breathing, Circulation*

EA: Evento adverso

PPH: Programa de Padronização Hospitalar

CCAH: Comissão de Acreditação dos Hospitais

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

ONA: Organização Nacional de Acreditação

OMS: Organização Mundial da Saúde

AMIB: Associação Médica de Intensivista Brasileira

APACHE II: *Acute Physiology Chronic Health Evaluation II*

SAPS: *Simplified Acute Physiology Score*

NAS: *Nurse Activities Score*

CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

PNSP: Programa Nacional de Segurança do Paciente

NSP: Núcleo de Segurança do Paciente

PSP: Plano de Segurança do Paciente

CQH: Controle de qualidade Hospitalar

PNGS: Prêmio Nacional de Gestão de Saúde

JCI: *Joint Commission International*

CCHSA: Conselho Canadense de Acreditação de Serviços de Saúde

NIACHO: *National Integrated Accreditation for Health Care Organization*

CAPPesq: Comissão Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

GM: Gabinete do Ministro

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1A	Esquema de Pulmão de Aço	02
Figura 1B	Imagem de UTI de Pulmões de Aço	02
Figura 2	Polos Teóricos que Embasaram a Pesquisa	21
Figura 3	Abordagens Metodológicas	26
Figura 4	Principais Atividades da Pesquisa	28
Figura 5	Distribuição detalhada por tipo de incidente	43
Figura 6	Classificação do incidente segundo o grau de dano	45
Figura 7	Distribuição dos incidentes com dano	45
Figura 8	Sugestão de <i>Check List</i>	54
Tabela 1	Distribuição das características demográficas, tempo de internação e condições clínicas de entrada das admissões estudadas	37
Tabela 2	Distribuição das características demográficas, tempo de internação e condições clínicas de entrada das admissões com incidentes Administrativos e outros incidentes	39
Tabela 3	Distribuição dos Incidentes Administrativos por tipo de incidente	41
Tabela 4	Classificação dos incidentes com dano	47

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada ao acolhimento e tratamento de pacientes em estado crítico e/ou de alta complexidade, que apresentam chances de sobrevivência se forem assistidos com os cuidados exigidos pela sua condição atual (Melara, Beccaria, Carta, & Contrin, 2006; Oliveira *et al.*, 2010). Para a operacionalização de uma UTI, deve-se planejar, dimensionar e seguir a legislação referente à composição de profissionais, equipamentos e área física adequados a este local, bem como aos processos e diretrizes pertinentes para suas atividades assistenciais. Para entender a complexidade da UTI, faz-se necessário conhecer um pouco de sua história.

O conceito de terapia intensiva teve origem com Florence Nightingale, uma jovem britânica que, na Guerra da Criméia, escolheu uma enfermaria próxima ao posto de enfermagem, para acomodar os pacientes mais graves, de onde ela poderia dar uma assistência mais ágil, favorecendo o cuidado contínuo, diminuindo a transmissão de algumas doenças, como a difteria e o tétano entre esses pacientes, bem como a mortalidade associada (Ribeiro, Silva & Miranda, 2005).

Florence tornou-se importante figura de decisão e referência entre os combatentes. Sua percepção aguçada de que os feridos necessitavam de cuidados diferenciados e em tempo integral, conferiu-lhe o apelido de “Dama da Lâmpada”, bem como proporcionou que esta fosse considerada precursora da ideia de unidades de terapia intensiva (Lino & Silva, 2001).

No início do século XX, Walter Dandy criou as chamadas salas de recuperação no Hospital de John Hopkins, localizado em Baltimore, nos Estados Unidos. Estas salas eram destinadas a pacientes em pós-operatório de neurocirurgia, com a aplicação máxima de conceitos teóricos, práticos e tecnológicos, disponíveis à época, através da monitorização e manutenção dos pacientes. Em Boston, na década de 40, após o incêndio do *Coconut Grove Fire*, surgiu a primeira unidade de queimados (Lino & Silva, 2001).

Durante a Segunda Guerra Mundial, a escassez de enfermagem forçou o agrupamento de soldados feridos, promovendo o desenvolvimento nos EUA das unidades de choque. A evidência de melhorias na assistência destes pacientes foi responsável pela disseminação das

salas de recuperação em quase todos os hospitais dos EUA até a década de 60 (Jeronimo, 2011; Lino & Silva, 2001).

Em 1947-1948, com a epidemia da poliomielite na Europa e nos EUA, deu-se início ao aperfeiçoamento da ventilação mecânica – os chamados “pulmões de aço”. Este equipamento era usado nos casos mais graves de poliomielite, aqueles em que os pacientes não conseguiam respirar espontaneamente, o que levou, na década seguinte, à organização de UTIs em vários hospitais europeus e americanos, em virtude da eficácia dos cuidados quando os pacientes eram acompanhados em um mesmo local. Ainda nos anos 50, surgiram as primeiras salas de recuperação pós-anestésica e drogas terapêuticas como o éter e os antibióticos (Ribeiro *et al.*, 2005).

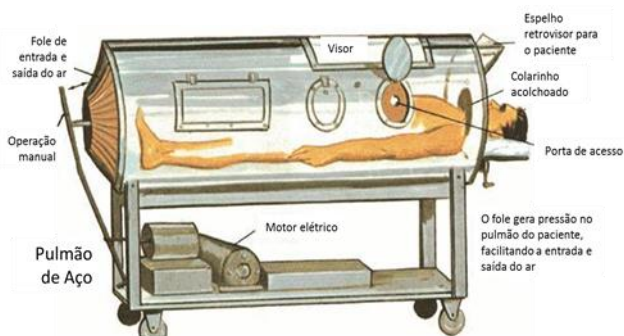


Figura 1A – Esquema do Pulmão de Aço

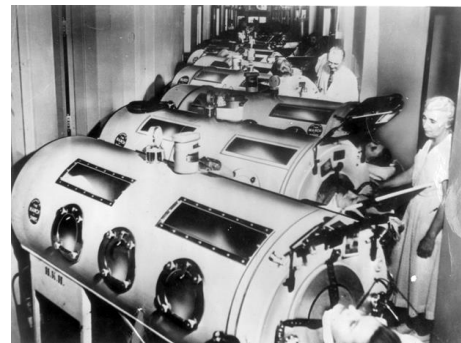


Figura 1B – Imagem de UTI para tratamento de Poliomielite na década de 50 do século XX

Fonte: disponível em: <http://engeclinbr.blogspot.com.br/2013/10/estudo-ventilacao-mecanica.html>. Acessado em 16/06/2014

Em 1956, Peter Safar, considerado o primeiro médico intensivista, e James Elam descobrem que com a inclinação da cabeça do paciente, elevação do queixo e ventilação boca a boca é possível manter o nível de oxigênio sanguíneo nos pacientes que não respiram. Posteriormente, Safar demonstra que a compressão externa do tórax, é capaz de produzir um impulso de pressão sanguínea. Este pesquisador desenvolveu o chamado “ABC” da reanimação cardiopulmonar ao combinar a manutenção de vias aéreas (A, “Airway”), a manutenção da respiração (B, “Breathing”) e manutenção da circulação (C, “Circulation”). No início da década de 60, foi desenvolvido o equipamento denominado desfibrilador, que é utilizado para o estímulo elétrico do coração, quando em arritmia ou em parada cardíaca (Acierno & Worrel, 2007).



No Brasil, inicia-se a estruturação das UTIs em 1968, em unidades como: pronto socorro “enfermaria 4030”, UTI Cardiológica da 2ª Clínica Médica (6º andar) e enfermaria de recuperação pós-operatória cardíaca do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Em 1971, é implantada no Hospital Sírio Libanês, a primeira UTI em área física planejada e funcional, de forma que as facilidades tecnológicas favoreciam o relacionamento humano, para uma assistência segura e efetivo apoio emocional (Viana & Whitaker, 2011).

Em 19 de setembro de 1990, o Presidente da República sanciona a Lei 8080, também conhecida como Lei Orgânica, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) assegurando atenção à saúde de toda a população de forma gratuita, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, no momento de maior gravidade ou que requeira cuidados à vida de um indivíduo. Desse modo, é responsabilidade da gestão administrativa e assistencial local, unir todos esses requisitos e transformá-los em um serviço de qualidade (MS, 1990).

Doze anos após a regulamentação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) com a publicação da Portaria nº 1101 de 12 de fevereiro de 2002, estima a necessidade de 2,5 a 3 leitos de internação para cada 1.000 habitantes, sendo que destes de 4 a 10% deve atender aos requisitos de unidade de terapia intensiva.

No mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 de 21 de fevereiro, dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de assistências de saúde e descreve algumas exigências para a construção e funcionamento das UTIs.

A finalidade das unidades de terapia intensiva, na década de 1970, era reunir em um mesmo ambiente físico, pacientes recuperáveis, tecnologia e recursos humanos capacitados ao cuidado e observação constante (Ribeiro *et al.*, 2005; Silva, Pimentel, Silva, Araújo, & Barbosa, 2008), objetivo que não mudou ao longo dos anos, de modo que em 2007, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), através da Resolução nº 170 de 6 de novembro, definiu e regulamentou as atividades das Unidades de Terapia Intensiva como:

“Serviços de Tratamento Intensivo que têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que exijam assistência médica ininterrupta, com apoio de equipe de saúde multiprofissional, além de equipamento e recursos humanos especializados”.

Este conjunto de leis, associado aos avanços científicos e tecnológicos dos últimos anos, permitiu que doenças, antes consideradas fatais, pudessem ser tratadas e até mesmo curadas. Com isso, tem sido observada redução de morbidade e de mortalidade, e o aumento da longevidade da população (Ribeiro *et al.*, 2005).

O aumento da longevidade tem ocasionado o crescimento do número de pacientes com doenças cardiovasculares (primeira causa de óbito no Brasil), câncer, e outras moléstias (Datusus, 2010). Complicações destas doenças têm indicação frequente de internação em cuidados intensivos.

O aumento dos índices de criminalidade e de traumas decorrentes de acidentes, observados recentemente no Brasil, também tem gerado maior número de internações em UTI.

Em virtude dos fatores mencionados, há a expectativa de ampliação da disponibilidade de leitos de UTI no Brasil, de modo que se atenda a essa crescente demanda. Contudo, não se pode esquecer que este espaço está associado a riscos significativos de incidentes, que podem resultar em danos e erros graves. Neste local, podemos verificar pacientes graves e com alto grau de complexidade, que requerem decisões e tomadas de condutas rápidas (Rothschild *et al.*, 2005; Fernandes, Pulzi Jr & Costa, 2010).

A cultura da segurança do paciente tem surgido como principal preocupação para evitar incidentes que possam gerar danos em virtude da assistência, caracterizando os eventos adversos. Nos últimos anos, tem se observado um número progressivo de estudos sobre o assunto, principalmente, em relação à forma de gerenciamento do risco, no qual se incentiva as notificações e reestruturação de processos que possam prevenir novos incidentes ou falhas (Branquinho & Silva, 2014).

A publicação *To err is human* do *Institute of Medicine* (IOM) (1999), com a estimativa de que 44 a 98 mil óbitos anuais eram causados por eventos adversos (EAs) nos EUA, mobilizou o mundo em relação às questões de segurança do paciente, passando a ser uma dimensão fundamental da qualidade em saúde (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999).

Reis, Martins e Laguardia (2013), definem qualidade como o serviço prestado ao paciente com a menor probabilidade de danos e máximo de probabilidade de resultados favoráveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio do Relatório Técnico Final da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD) (2009, pp.14-15), define:

“Um *evento* é algo que acontece a ou implica um doente. Um *Incidente de Segurança do Doente* é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente. No contexto da CISD, um incidente de segurança do doente será referido como um incidente. A utilização da palavra “desnecessário” nesta definição reconhece que os erros, transgressões, abusos de doentes e atos deliberadamente perigosos ocorrem em cuidados de saúde. *Dano* implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico. *Doença* é uma disfunção fisiológica ou psicológica. *Lesão* é o dano dos tecidos causado por um agente ou evento e *Sofrimento* é experimentar qualquer desconforto subjetivo. Sofrimento inclui dor, mal-estar, náusea, depressão, agitação, alarme, medo e tristeza. *Incapacidade* implica qualquer tipo de diminuição da estrutura ou função corporal, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade, associada a dano passado ou presente”.

Desse modo, nesta dissertação, utilizaremos o termo incidente de segurança do paciente como preconizado pela OMS. Os incidentes podem ser classificados em ocorrência comunicável, quase evento, incidente sem dano e incidente com dano (evento adverso).

Entende-se como ocorrência comunicável, a situação na qual há potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente (p.ex., um ventilador estava quebrado na UTI, mas não foi usado).

Um quase evento é um incidente que não atingiu o paciente (uma medicação errada, mas que não foi administrada ao paciente). Um evento sem danos é um incidente em que um evento atingiu o paciente, mas não resultou em danos discerníveis (p.ex., uma transfusão de sangue de grupo sanguíneo O para paciente de grupo A). Um incidente com danos (evento adverso) é aquele que resulta em danos para o doente (por exemplo, administração de insulina sem necessidade causando hipoglicemia).

## 1.2 Problematização

A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde é documentada, desde meados de 1924, com a publicação do Programa de Padronização Hospitalar (PPH) pelo Colégio Americano de Cirurgiões que definiu padrões para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Em 1951, foi criada nos EUA a Comissão de Acreditação dos Hospitais (CCAH) e que um ano após, transferiu o programa de Acreditação à “*Joint Commission on Accreditation of Hospitals*”, empresa privada que tinha a missão de introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a “cultura da qualidade”. Esta entidade, em 1970, publicou o “*Accreditation Manual for Hospitals*” com padrões de qualidade que considerava os processos e resultados da assistência à saúde e que vem sendo aperfeiçoada periodicamente (Feldman, Gatto & Cunha, 2005).

No Brasil, o assunto passa a ter maior relevância a partir da década de 90, quando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), apresenta o Manual de Acreditação da OPAS como instrumento básico inicial para disseminar a cultura da qualidade hospitalar. Em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa da Qualidade e, em 1999, é criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA) com os objetivos de implantação e implementação nacional do processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde (Feldman *et al.*, 2005).

Essa preocupação com a qualidade dos serviços de saúde, que também se traduz como segurança do paciente, é fruto das disputas de mercado comercial, já muito fortes e acirradas em outros países e que ganham cada vez mais força no Brasil, sendo representado pela busca das instituições de saúde em conseguir/manter a certificação da Qualidade ou da Melhoria Contínua da Qualidade.

Na saúde, a melhoria da qualidade pode ser mensurada por indicadores quantitativos e qualitativos, que fornecem informações para descrever a realidade e as modificações do serviço ou programa de saúde, devendo ser de fácil aplicabilidade, análise e interpretação dos dados pelos usuários da informação. Esses indicadores de produtividade podem ser utilizados para medir aspectos que necessitam ser quantificados, como: número de horas trabalhadas, número de consultas realizadas, entre outros; ou podem estar relacionados ao desempenho, norteadores de reformas na saúde, visto que consideram indicadores de eficiência e de qualidade (Escrivão, 2011).

Na área hospitalar, um indicador utilizado, tradicionalmente, em centros cirúrgicos e em UTIs, são os de produtividade, como forma de medir a qualidade do serviço prestado. A taxa de cancelamento de cirurgias eletivas é considerada um dos indicadores de qualidade hospitalar. O cancelamento de cirurgias eletivas apresenta taxas variáveis (de 3,6 a 28%) em países como Jordânia, Austrália, Inglaterra e Brasil (Justa & Malik, 2013).

Sousa, Mauricio, Marques, Mello e Leite (2010) sugerem que o cancelamento das cirurgias deva ser tratado como um incidente devido às consequências que fomentam para a equipe que prepara o paciente (tempo de uso da sala cirúrgica), para a instituição (custos hospitalares desnecessários) e, principalmente, para o paciente e família, uma vez que gera aumento da ansiedade, reforça o medo do procedimento, dúvidas quanto às reais condições clínicas e cirúrgicas, além do distanciamento na relação médico-paciente-instituição. Esses autores elencaram como principais motivos para suspensão cirúrgica, cirurgias anteriores que ultrapassaram o tempo estimado, erros de agendamento, causas administrativas, problemas com equipamentos e transporte, falhas de comunicação, falhas no preparo adequado do paciente e indisponibilidade do cirurgião.

Nas UTIs, uma das maiores preocupações é a busca pela qualidade dos serviços prestados com o melhor desempenho, no menor tempo. O que pode ser mensurado pela análise de indicadores objetivos, que tenham por finalidade demonstrar o desempenho técnico dos processos de tratamento; ou por indicadores subjetivos que pesquisam a satisfação do cliente, lançando mão da qualidade percebida (Souza, Silva, Mello & Ferreira, 2006).

Os indicadores objetivos, também chamados por alguns autores como indicadores de resultados da assistência, incluem a taxa de mortalidade, tempo de permanência hospitalar, taxa de readmissão imediata, taxa de infecção hospitalar, complicações cirúrgicas e percentuais de parto tipo cesarianas. Tem-se enquanto indicadores associados à avaliação da qualidade da assistência de enfermagem os seguintes exemplos: percentuais de flebite, percentuais de erros de medicação, integridade da pele e dimensionamento inadequado de profissional; estes indicam aspectos com potencial de melhoria na busca da assistência mais segura (Nascimento, Toffoletto, Gonçalves, Freitas & Padilha, 2008; Andolhe, 2013).

Nesse contexto, os incidentes relacionados à segurança do paciente são indicadores expressivos, pois permitem mensurar a lacuna entre a assistência prestada e a desejada,

possibilitando por meio de sua análise, o planejamento de um sistema de saúde mais seguro (Novaretti, Gallotti & Lapchik, 2013). O Brasil possui um conjunto de indicadores com essa finalidade, porém faltam estudos que analisem e proponham medidas de segurança para a realidade brasileira (Branquinho & Silva, 2014).

A partir da década de 2000, intensificam-se as publicações em relação à segurança do paciente. Diante da relevância do problema, a OMS cria, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o propósito de definir prioridades para a pesquisa de segurança do paciente. A OMS estima que, aproximadamente, 10% dos pacientes internados são vítimas de incidentes, e destes de 30 a 70% são eventos evitáveis (Reis *et al.*, 2013; Porto, Martins, Mendes & Travassos, 2010). O custo financeiro do tratamento intensivo, nos EUA corresponde a 13,4% dos custos hospitalares e 4,1% do gasto nacional com saúde (Halpern & Pastores, 2010).

No Brasil, a incidência estimada de incidentes relacionados à segurança do paciente é de 7,6%, com 67% de eventos evitáveis relacionados à cirurgia e procedimentos clínicos (Mendes, Martins, Rozenfeld & Travassos, 2009). A literatura médica indica como causa principal dos incidentes, a falha humana, condicionada às deficiências do sistema de prestação de cuidados, que são evidenciadas pelas estratégias e cultura da organização, práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, prospecção de riscos e capacidade de aprendizagem com os erros (Reis *et al.*, 2013). As falhas associadas à estrutura física e equipamentos também podem ser relacionadas a incidentes, mas menos frequentemente (Cecchetto, Fachinelli & Souza, 2010), o que corrobora com a teoria de James Reason, que aceita o ser humano como ser passível de erros e, por isso, deve-se criar barreiras que evitem as falhas por meio da cultura da segurança. Os erros são tratados como consequência das falhas do sistema devem ser encarados como oportunidades de aprendizado para a prevenção e melhorias da qualidade da assistência prestada (Reason, 2000).

Em estudo realizado por Leitão *et al.* (2013) a respeito da comunicação de incidentes, as ocorrências foram classificadas em incidentes assistenciais ou administrativos, sendo estes últimos, aqueles que não envolviam o paciente diretamente. Esses autores relataram predominância dos incidentes assistenciais, mas com número crescente das notificações administrativas, porém não as especificaram.

A maioria das publicações em segurança do paciente utiliza a análise retrospectiva do prontuário que, apesar de ser considerado padrão-ouro em estudos de mensuração de incidentes, nem sempre apresenta o registro de todos os eventos e complicações sofridas pelos doentes, ou não o fazem de forma clara. Um estudo brasileiro que analisava a qualidade das informações nos prontuários como identificador de incidentes, demonstrou que os registros possuem qualidade ruim, pois dados indispensáveis aos cuidados são omitidos ou registrados de forma inadequada nos prontuários analisados (Pavão, Andrade, Mendes, Martins & Travassos, 2011).

Justa & Malik (2013) em pesquisa para identificar formas de minimizar as taxas de cancelamentos de cirurgias, verificaram situações ligadas ao paciente ou a instituição, e neste caso, foram consideradas causas administrativas, aquelas relacionadas à organização da unidade, como por exemplo recursos humanos, a materiais e equipamentos. Essas autoras concluíram que, há pouco conhecimento referente à relação das áreas de saúde e gestão de operações, com conseqüente inabilidade para aplicação de princípios, técnicas e ferramentas ligados à administração de operações na área da saúde, o que impossibilita oportunidades de melhorias, subsidiando a tomada de decisões.

### **1.3 Questão de Pesquisa**

Com o aumento da competitividade entre as empresas de saúde, a busca pela excelência da qualidade nos serviços oferecidos passou a ser um diferencial no mercado, representado pelas certificações fornecidas pelas organizações acreditadoras. Para obter uma certificação de qualidade/acreditação a instituição deve atender uma série de requisitos administrativos referentes às legislações e estrutura física, bem como deve desenvolver ações e processos padronizados com protocolos clínicos e assistenciais, de modo que seja possível a quantificação da qualidade dos serviços prestados.

Esta conversão da assistência em dados numéricos estatisticamente significativos utiliza-se de indicadores que traduzem a segurança do paciente na instituição, ou seja, o quanto a instituição é capaz de prestar a assistência da qual o paciente necessita sem causar danos, ou expô-lo a riscos (Branquinho & Silva, 2014; Souza *et al.*, 2006).

Na literatura estão bem definidos os incidentes decorrentes de ações assistenciais, como falhas no preparo e administração de medicação, falhas em procedimentos cirúrgicos, problemas relacionados à instalação e manutenção de cateteres, organização de prontuários, entre outros. Porém, há uma parcela de ocorrências que não podem ser classificadas como assistenciais, pois estão relacionadas aos processos administrativos, como por exemplo, pacientes que não mais necessitam de cuidados intensivos, mas que permanecem no ambiente da terapia intensiva, paciente em local onde, sabidamente, o risco de incidentes é maior quando comparado à unidade de internação, devido à ausência de vagas em enfermarias. Esta situação gera um efeito reverso, pois pode haver pacientes críticos no ambiente de enfermaria que necessitam de cuidados intensivos, aumentando a probabilidade de eventos adversos assistenciais, por falta de estrutura e de recursos humanos para atender às necessidades do paciente.

Diante do exposto, surge o seguinte problema de pesquisa: **Falhas nos processos administrativos interferem na ocorrência de incidentes de segurança em pacientes em terapia intensiva?**

#### **1.4 Objetivos**

O objetivo geral deste trabalho é detectar as falhas em processos administrativos que podem causar incidentes de segurança em pacientes em terapia intensiva.

Como objetivos específicos destacam-se:

- Identificar se há registro e notificação de incidentes de segurança relacionados aos processos administrativos em pacientes internados em terapia intensiva;
- Identificar quais processos administrativos ocasionam incidentes de segurança em pacientes internados em unidades de terapia intensiva;
- Propor melhorias que auxiliem o gestor a minimizar falhas que gerem os eventos administrativos.



## **1.5 Justificativa**

Nos últimos anos, o volume de pesquisas sobre segurança do paciente tem crescido exponencialmente e contribuído para o gerenciamento dos riscos, bem como para a prevenção dos eventos adversos. O incentivo à notificação dos incidentes tem sido progressivo, com o propósito de analisar as situações e identificar os pontos vulneráveis dos processos, em detrimento da cultura punitiva (Andolhe, 2013).

Gradativamente, esse conceito está sendo sedimentado nos profissionais de saúde em relação aos incidentes assistenciais. Entretanto ainda, pouco se estuda sobre os incidentes decorrentes de processos administrativos, como suspensão de cirurgias, indisponibilidade de leitos, falta de medicamentos e de materiais (Dias, Martins & Navarro, 2012).

Os eventos adversos evitáveis, independente da sua natureza assistencial ou administrativa, aumentam a permanência hospitalar em 4,6 a 10 dias, e conseqüentemente, elevam o custo desse paciente para instituição. Um aumento na estadia hospitalar, também aumenta o risco de exposição a novos eventos adversos (Porto *et al.*, 2010). Desse modo, o incentivo a busca de eventos administrativos e sua respectiva complexidade, proporcionando o aperfeiçoamento da qualidade e segurança do paciente, são fundamentais bem como, a importância do registro claro e completo dessas ocorrências (Dias, Martins & Navarro, 2012).

Tendo em vista que, é na UTI que pacientes lábeis e complexos exigem rápida/imediata intervenção, bem como, utilizam arsenal tecnológico intensamente; que exames complementares (imagem e laboratoriais) são solicitados diuturnamente; que procedimentos são indicados com frequência tornando o ambiente particularmente vulnerável à ocorrência de incidentes relacionados à segurança; pode-se afirmar que estes fatos justificam esta pesquisa.

Espera-se que, ao estudar as falhas administrativas relacionadas à ocorrência de incidentes, seja permitido entender a influência da gestão dos processos envolvidos, auxiliando sua revisão e assessorando os gestores no sentido de promover melhorias contínuas que busquem minimizá-los e aumentar a segurança de pacientes em UTIs.

## **1.6 Estrutura do trabalho**

Esta dissertação será estruturada em cinco capítulos. O capítulo dois é composto pela revisão teórica sobre os principais polos teóricos relacionados ao trabalho, dentre os quais se

destacam: unidade de terapia intensiva, gestão de operações/processos administrativos e segurança do paciente.

O capítulo três detalha os procedimentos metodológicos que foram utilizados durante a pesquisa, para identificação dos eventos relacionados ao processo administrativo, bem como foram armazenados e analisados os dados.

O capítulo quatro apresenta os resultados obtidos e uma discussão sob a ótica da literatura pertinente. Conta ainda, com a descrição da unidade de análise.

O capítulo cinco expressa às conclusões da pesquisa embasadas pela teoria correlata, bem como são apresentadas sugestões para futuras pesquisas sobre o tema abordado.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo aborda a fundamentação teórica da pesquisa, realizada por meio da revisão da literatura, que atua como suporte conceitual ao estudo.

O referencial foi fundamentado no tripé: unidade de terapia intensiva, segurança do paciente e gestão de processos administrativos.

### 2.1 Unidade de Terapia Intensiva

A unidade de terapia intensiva é um dos ambientes mais complexos da unidade hospitalar, concentra um amplo aparato tecnológico, tanto em equipamentos, como medicamentos, que exige atualização contínua por parte dos seus colaboradores, a fim de atender as necessidades dos seus pacientes com qualidade da assistência.

Fernandes *et al.* (2010) evidenciaram que qualidade em UTI está relacionada ao bom atendimento, traduzido como ausência de danos e objetivos atingidos (melhora da situação de saúde do indivíduo), ou seja, um conjunto de atividades que incluem protocolos assistenciais, comprometimento da equipe multidisciplinar, inovações e tecnologia, cultura da segurança, educação permanente e uma gestão comprometida com a melhoria contínua de todos os processos.

Vecina (2012, p. 225) discorre que “a questão mais crítica deverá ser como eleger os pacientes que devem/podem ter acesso à UTI e como tomar decisões em relação aos pacientes que se tornam fora de possibilidade terapêutica”, uma vez que “a persistência terapêutica em paciente irrecuperável está associada à distanásia, considerada morte com sofrimento”. No Brasil, ainda não há sustentação legal para esta situação, prevalecendo à decisão da relação médico-paciente-família.

Com relação à admissão do paciente na UTI, há instrumentos que visam diminuir a subjetividade a qual a avaliação clínica pode estar sujeita por meio do índice de prognóstico dos pacientes. A *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II) é uma escala de gravidade dos casos clínicos que considera 12 variáveis clínicas, fisiológicas e laboratoriais padronizadas, pontuadas de zero a quatro, além da idade do paciente e da coexistência de doenças crônicas ou não. Esta escala deve ser aplicada nas primeiras 24 horas

de internação na UTI e sua somatória permite calcular o risco de óbito para o paciente, facilitando o confronto entre a mortalidade esperada com a observada (Knaus, Draper, Wagner & Zimmerman, 1985).

Outro índice frequentemente utilizado pelos médicos intensivistas é o *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS), composto de 20 variáveis divididas em três partes: variáveis demográficas, razões para admissão na UTI e variáveis fisiológicas. O escore também deve ser aplicado na admissão do paciente na UTI (Le Gall, Lemeshow & Saulnier, 1993).

O *Sepsis-related Organ Failure Assessment* (SOFA) é um escore criado para avaliação de morbidade em pacientes sépticos, que possibilita a mensuração de disfunção orgânica, separadamente, em seis diferentes sistemas (Vicent *et al.*, 1996). O *Logistic Organ Dysfunction System* (LODS) é mais um índice de gravidade aplicado nas UTIs para avaliar e quantificar as disfunções orgânicas, baseando-se em 12 variáveis fisiológicas que identificam de um a três níveis de disfunção nos sistemas neurológico, cardiovascular, renal, pulmonar, hematológico e hepático, considerando a gravidade relativa entre os sistemas e o grau de comprometimento de cada um (Le Gall *et al.*, 1996). O índice de Comorbidade de *Charlson* classifica a gravidade do paciente utilizando 19 diagnósticos secundários, além da idade do paciente, para avaliar a gravidade e prognóstico do paciente (Charlson *et al.*, 1987).

Dentro do contexto da enfermagem, o *Nurse Activities Score* (NAS) é um índice que permite categorizar o grau de complexidade da assistência de enfermagem, em outras palavras, tempo de assistência de enfermagem prestada ao paciente. O escore compreende a análise de 23 intervenções assistenciais e sua somatória indica o tempo real, em percentual, de assistência de enfermagem dispensada ao paciente, independentemente dos índices de gravidade/prognóstico. O percentual máximo é de 177% do tempo do turno de trabalho (Miranda *et al.*, 2003).

A legislação brasileira impõe uma série de regras a serem cumpridas para que uma UTI possa funcionar e atender com segurança seus pacientes. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, exige que o ambiente de terapia intensiva proporcione internação em espaços individuais ou coletivos que resguardem a privacidade, de acordo com o grau de risco, faixa etária e patologia; a assistência médica e de enfermagem devem ser executadas e registradas nas 24 horas. O apoio diagnóstico laboratorial, de imagens,

hemoterápico, cirúrgico, terapêutico e de monitoramento e assistência respiratória também devem estar disponíveis e de fácil acesso nas 24 horas, nesse contexto, neste local também deve-se prestar assistência nutricional/distribuição de alimentação aos pacientes e informar aos familiares as condições e assistência prestada (RDC nº 50, 2002).

Esta resolução especifica a área destinada para cada leito de UTI, sendo 9 m<sup>2</sup> para leitos comuns e 10 m<sup>2</sup>, no mínimo, para leitos de isolamentos, com distância de 1 m entre parede e leito nas laterais ou 2 m entre leitos e 1,2 m para cabeceira e pés; o posto de enfermagem deve ter no mínimo 6 m<sup>2</sup> e permitir a visualização direta ou eletrônica, por meio de central de monitorização, de todos os leitos. Ela também apresenta um detalhamento quanto ao tipo de iluminação; quantidades de tomadas e quantas destas devem ser ligadas ao gerador e o modo como devem ser identificadas; tipos de gases medicinais e quantidade de pontos de utilização por leitos; quantidades e locais de pias; tipo de acabamento das paredes, forros e rodapés, largura das portas (importante para assegurar o transporte de pacientes críticos); dentre outros (RDC nº 50, 2002).

A RDC nº 07 de 24 de fevereiro de 2010 objetiva em seu Art. 2º: “... estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente” (RDC nº 7, 2010). Esta descreve ainda a composição da equipe multiprofissional por quantidade de leitos, tempo mínimo de assistência dispensada por cada profissional de saúde, serviços e equipamentos que devem compor o ambiente de terapia intensiva, os serviços de apoio à assistência ao paciente crítico, parcerias com outras comissões, como por exemplo, Comissão de Infecção Hospitalar e respectivas responsabilidades, bem como, ratifica o disposto presente na RDC nº 50, que estipula o gerenciamento e notificação de eventos adversos, indicadores de monitoramento do índice de gravidade/prognóstico dos pacientes e classificação de necessidades de cuidados de enfermagem (RDC nº 7, 2010).

Uma das conquistas decorrentes dessas resoluções é que toda UTI, além da disponibilidade de serviços como, laboratório de análises clínicas, agência transfusional ou banco de sangue, diálise peritoneal, eletrocardiografia, serviço de imagem com capacidade para realização de exames à beira do leito, durante as 24 horas do dia, seja gerenciada por um responsável técnico com título de especialista em Medicina Intensiva, assim como o responsável pela equipe de enfermagem e fisioterapia (RDC nº 7, 2010).

Amaral e Rubenfeld (2009) relataram que as UTIs são, hoje, vítimas do sucesso da medicina moderna. Com o aumento da longevidade também se aumenta o número de internações por diagnósticos e complicações de doenças cardiovasculares, oncológicas, pulmonares, entre outras, antes consideradas fatais ou sem perspectiva de controle ou cura. Em 2009, a população de idosos nos EUA correspondia a 22% do total e estima-se que em 2050 corresponda a 32% da população americana, porém a oferta dos leitos de UTI não aumenta na mesma proporção.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) divulga a existência de 53.155 leitos de UTI no Brasil, concentrados na região sudeste (51%). Do total de leitos de UTI 48,9% são leitos adultos, 16% para neonatos, 7,9% para pediatria, 7,4% para isolamentos, 1,8% são unidades coronarianas, 0,4% para queimaduras e 18,3% são destinados a cuidados intermediários. A maioria das UTIs brasileiras possui até 10 leitos e 50,6 % (26.900 leitos) pertencem ao sistema privado de assistência à saúde (Datusus, 2014).

A Portaria n.º 1101/GM - 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde, estabelece que para cada 1.000 habitantes haja de 2,5 a 3 leitos hospitalares. Deste total de leitos, de 4 a 10% deve estar localizado na UTI, o que corresponde de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes, ou seja, 1,3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes. As regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste possuem 1,7; 1,6 e 1,4 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes, respectivamente e as regiões nordeste e norte não atingem a quantidade de leitos de UTI recomendada (AMIB, 2009).

Em 2011, Fernandes *et al.* afirmam que a UTI, por ser um dos setores de maior complexidade dentro da estrutura hospitalar, e como tal de alto custo, deve ser gerenciada com metas e objetivos bem definidos, tendo por foco o cliente e o atendimento de suas necessidades; e a melhoria contínua, por meio do aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos. A partir deste foco tem-se, conseqüentemente, o envolvimento de todos na assistência e no gerenciamento dos processos, a garantia da melhoria da segurança do paciente, e, por fim, a exaltação da imagem da organização.

A busca pela excelência no ambiente em terapia intensiva deve almejar a redução de incidentes, dos gastos com os incidentes, do período de internação em UTI. Esta redução se traduz em eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Atributos essenciais para a qualidade do serviço e que devem ser mantidos. Para isso, faz-se necessário o mapeamento dos processos, o que favorece a análise dos procedimentos e possibilita as adequações necessárias (Fernandes *et al.*, 2011).

Portanto,

“Não é possível atribuir a responsabilidade pela qualidade apenas ao médico, à equipe, ao financiador, ao gestor, ao paciente, à organização, ao indivíduo, à comunidade ou ao Estado. Trata-se de um atributo a ser sempre buscado, cada vez diferentemente do que se observa no cotidiano da prescrição de serviços de saúde, em que cada um faz o que considera mais adequado, mas sem o resultado desejado” (Malik & Schiesari, 2011, p. 328).

## **2.2 Segurança do Paciente**

A expressão “melhoria contínua” pode ser considerada como sinônimo de qualidade ou busca pela excelência em qualidade e pressupõe um processo ininterrupto com monitoramento, medição, análise e aplicação de ações preventivas ou corretivas. Feldman *et al.* (2005, p.214) consideram que melhoria contínua:

“É também um processo essencialmente cultural e desta forma envolve motivação, compromisso e educação dos participantes da entidade, que são assim estimulados a uma participação de longo prazo no desenvolvimento progressivo dos processos padrões e dos produtos da entidade”.

Reis *et al.* (2013, p.2034) ponderam que, para o processo de melhoria da segurança do paciente é fundamental a cultura da segurança organizacional, que é definida pelo compromisso, estilo e competência da administração em provocar e desenvolver na sua equipe, valores, atitudes e comportamentos mensuráveis que reflitam a confiança e percepção da importância da segurança e das medidas preventivas. “Uma cultura de segurança positiva favorece o aprimoramento de práticas seguras, através das melhorias na comunicação, no trabalho em equipe e no compartilhamento de conhecimentos”.

Desde a década de 1950 há registros de incidentes relacionados à segurança na saúde, mas foi só na década de 1990 que os estudos começaram a ganhar força. Em 1999, quando da publicação *To err is human*, foi possível verificar a magnitude destas ocorrências do ponto de vista de dano à vida, assim como o quão dispendioso é o custo financeiro com estes tipos de

incidente (Branquinho & Silva, 2014; Kohn *et al.*, 1999). A partir de então, vários trabalhos surgem com o objetivo de relacionar a taxa de incidente evitável e o gasto com esses eventos em países como EUA, Reino Unido, Holanda, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e Brasil (Thomas *et al.*, 1999; Vicent, Neale & Woloshynowych, 2001; Ehsani, Duckett & Jackson, 2007; Brown *et al.*, 2002; Baker *et al.*, 2004; Mendes, Travassos, Martins & Marques, 2008).

Porto *et al.* (2010) fizeram uma análise desses estudos e concluíram que de 2,3 a 10,8% dos pacientes internados sofrem incidentes e destes, de 27 a 66,7% são do tipo evitáveis e aumentam a permanência em até 8,5 dias de internação no Reino Unido, com um custo que pode chegar 48% do valor da internação.

Uma pesquisa realizada no Brasil, que analisou 622 prontuários de dois hospitais de ensino, verificou que 6,3% dos pacientes sofreram incidentes, sendo que destes 64,1% eram incidentes evitáveis, que ocasionaram um aumento médio no período de internação de 4,6% (dois dias). Esses pesquisadores estimaram ainda, que 2,7% do valor pago pelo total das internações, foram gastos com os incidentes evitáveis. Os autores ressaltam que uma das limitações do trabalho, que pode subestimar os resultados apresentados, é o fato de não ter sido contabilizada as despesas com os salários dos funcionários envolvidos na assistência por se tratar de hospitais públicos (Porto *et al.*, 2010).

Paiva, Paiva e Berti (2010), em estudo sobre instrumento específico para notificação de incidentes, identificaram 38,5% de ocorrências administrativas, classificados como eventos institucionais, problemas relacionados com equipamentos, falhas da estrutura física predial e insuficiência de pessoal, falhas no seguimento de rotina, conflitos e falhas de comunicação em percentual decrescente, respectivamente. Esses pesquisadores mostraram que dos eventos institucionais, os de maior frequência foram os relacionados a equipamentos (31,9%), mas a falta ou falha de material de consumo também foi expressiva (15,1%), bem como a falta de infraestrutura física do prédio (17,1%), a falta de recursos humanos (11%) e extravio de documentos (4,1%), dentre outros.

O Ministério da Saúde, em 1º de abril de 2013, publicou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, que estabelece que em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, seja criado o Núcleo de Segurança do Paciente



(NSP) e este, “deve elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP), a fim de promover maior segurança para paciente, profissionais e ambiente de assistência à saúde” (MS, 2013).

O PNSP considera que a gestão de riscos deve ser voltada para a qualidade e segurança do paciente, englobando princípios e diretrizes tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde (Reis *et al.*, 2013).

No Brasil, a ANVISA é o órgão governamental que atua na segurança do paciente e que em 2010, por meio da RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010 expõe a preocupação com a segurança do paciente, especificando:

“Art.33 Deve ser realizado gerenciamento dos riscos inerentes às atividades realizadas na unidade, bem como aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária.

Art. 34 O estabelecimento de saúde deve buscar a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a:

I - procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente;

II - medicamentos e insumos farmacêuticos;

III - produtos para saúde, incluindo equipamentos;

IV - uso de sangue e hemocomponentes;

V - saneantes;

VI - outros produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária utilizados na unidade.

Art. 35 Na monitorização e no gerenciamento de risco, a equipe da UTI deve:

I - definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade;

II - coletar, analisar, estabelecer ações corretivas e notificar eventos adversos e queixas técnicas, conforme determinado pelo órgão sanitário competente.

Art. 36 Os eventos adversos relacionados aos itens dispostos no Art. 35 desta RDC devem ser notificados à gerência de risco ou outro setor definido pela instituição, de acordo com as normas institucionais” (ANVISA, 2010).

Em 25 de julho de 2013, com a publicação da RDC nº 36, foi estabelecido a obrigatoriedade de implantação do NSP em serviços de saúde em todo o território nacional.

### **2.3 Gestão de Processos Administrativos**

Johnston e Clark (2002) definem processos como ações que transformam tarefas ou atividades, agregando o valor da instituição em produtos de saídas cujo resultado final, na área hospitalar, é o serviço prestado ao paciente. Esses processos acontecem dentro de uma mesma área, como a UTI e entre áreas dependentes. Os autores afirmam também que é imprescindível o desenho dos processos, de forma a visualizar suas integrações a partir da perspectiva dos pacientes, entendendo como são realizados e o que poderia ou deveria ser modificado para proporcionar a melhoria contínua.

A RDC nº 50 estabelece como função do gestor, dirigir os serviços administrativos; assessorar a direção das unidades no planejamento das atividades e investimentos em recursos humanos, físicos, técnicos e tecnológicos; executar a gestão de pessoas e administração orçamentária, financeira, contábil e faturamento, bem como, prestar informações administrativas aos usuários e funcionários; e apurar custos da prestação de assistência (RDC nº 50, 2002).

Segundo Lagioia, Falk, Ribeiro Filho, Libonati e Lopes (2008, p. 80) o modelo de procedimentos padronizados, passo a passo, foi oriundo da “engenharia civil, que buscava o máximo de eficiência no uso de recursos”, sendo implantado nas UTIs “com o objetivo de padronizar o tratamento e se certificar de que nenhum detalhe seria omitido no diagnóstico do paciente”.

A mudança no mercado hospitalar, fez com que, principalmente nos últimos anos, houvesse uma revolução administrativa nos hospitais brasileiros, transformando uma estrutura voltada para o atendimento das exigências médicas em instituições preocupadas com o serviço prestado e com a satisfação do seu paciente. Essa preocupação levou os gestores a buscar e implantar modelos de procedimentos que os mantivessem competitivos para o mercado (Lagioia *et al.*, 2008).

Na busca em se manter competitivo, faz-se necessário também um atestado externo de que a assistência, nesta instituição, é segura e de qualidade. Essa avaliação, denominada

também de acreditação, deve ser emitida por uma empresa certificadora. No Brasil, voltada para a área da saúde, há a Organização Nacional de Acreditação (ONA), o Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), uma instituição examinadora do Prêmio Nacional de Gestão de Saúde (PNGS), e as agências internacionais *Joint Commission International* (JCI), Conselho Canadense de Acreditação de Serviços de Saúde (CCHSA), *National Integrated Accreditation for Health Care Organizations* (NIAHO) (Malik & Schiesari, 2011).

Essas empresas definem padrões de qualidade a serem apresentados e mantidos para que os hospitais recebam a certificação desejada. Os selos de qualidade são estratificados em busca da excelência da qualidade. As instituições que os recebem, são visitadas periodicamente pelo órgão acreditador para a conferência da permanência destas na organização, bem como, qual patamar de qualidade foi atingido pelas mesmas. Mesmo não se discutindo sobre resultados, observa-se um alinhamento nos processos de gestão, planejamento estratégico, liderança, utilização de indicadores assistenciais e administrativos, além de preocupação com o preenchimento dos prontuários, que representa o verdadeiro indicador da qualidade assistencial (Malik & Schiesari, 2011).

O processo de gestão utilizado pela UTI precisa ser sistematizado e estar em conformidade com as diretrizes da gestão hospitalar (Nogueira, Santos, Mataloun & Moock, 2007).

O cuidado prestado ao paciente de UTI é complexo, exige que os profissionais dessa unidade conciliem conhecimento técnico-científico, ao aceite de normas, rotinas e protocolos da instituição de saúde e aos procedimentos e manuseio de equipamentos. Nesse contexto, também é necessária, por parte deste profissional, compreender profundamente a cultura organizacional da instituição, pois “a busca pela qualidade não se limita apenas aos que estão envolvidos com a aplicação dos procedimentos padronizados, deve ser uma meta para todos os escalões do hospital, desde a mais alta administração até o mais simples dos funcionários” (Lagioia *et al.*, 2008, p. 78).

Além de se estabelecer as metas “qualidade total” e “melhoria contínua”, é indispensável o monitoramento de seus respectivos alcances. Nas instituições de saúde, estes são medidos pelos indicadores assistenciais, como taxa de infecção hospitalar, taxa de infecção

de corrente sanguínea para as UTIs, taxa de produtividade do centro-cirúrgico, cirurgias realizadas e as suspensas.

Há várias ferramentas da área da administração/operações que podem auxiliar o gestor hospitalar no monitoramento dessas ações, uma delas é o PDCA, onde P(*Plan-Planejar*), D (*Do-Executar*), C (*Check-Verificar*) e A (*Action-Agir*), que ocorrem de forma contínua e cíclica, favorecendo a revisão e correção de um processo (Tajra, 2008). Outros exemplos são o Mapeamento de Processos, Análise de Causa Raíz e Análise dos Modos de Falhas e Efeitos (FMEA) que buscam identificar as possíveis falhas de um processo (Justa & Malik, 2013).

Constructos	Referência (autor)	Citação
Unidade de Terapia Intensiva	Cecchetto, F. H., Fachinelli, T. S., & Souza, E. N. (2010). Iatrogenia ou evento adverso: percepção da equipe de enfermagem. <i>Revista de Enfermagem UFPE</i> , 4(3), 1377-383.	As condições clínicas são mais graves em UTI, e o paciente é mais dependente dos cuidados, o que pode representar maior risco de EA, devido à maior manipulação dos pacientes, que necessitam de ações intervencionistas complexas. A literatura evidencia como a principal causa do EA a falha humana, seguidos de falhas relacionadas à estrutura física e aos equipamentos em igualdade de frequência e por último os EA relacionados ao processo de trabalho. A busca pela qualidade na assistência tem maior ênfase a partir da década de 80, através da implantação dos programas de acreditação da qualidade de saúde. Neste trabalho, percebe-se que a cultura punitiva ainda é muito forte, o que leva a omissão do erro e o agravante de não aprender com o erro e preveni-lo.
	Souza, S. R. D. O., Silva, C. A. D., Mello, Ú. M. D., & Ferreira, C. N. (2006). Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva; Aplicación de indicadores subjectivos de calidad en Terapia Intensiva. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 59(2), 201-205.	O ambiente da UTI, embora seja um local repleto de avanços tecnológicos necessários para assistir aos pacientes críticos com risco de vida, agregado a uma equipe especializada, o expõe a vários estímulos desconhecidos e riscos diferentes. Na prática profissional em UTI considera-se que a qualidade na assistência intensivista é o ponto chave para a hospitalização na mesma, uma vez que permite estabelecer intervenções centradas nas necessidades do cliente. A qualidade da assistência em UTI pode ser avaliada através dos indicadores objetivos, que dependem de parâmetros concretos com a finalidade de demonstrar numericamente o desempenho técnico e do processo de tratamentos desenvolvidos na UTI; ou ainda, através dos indicadores subjetivos, como a pesquisa de satisfação do cliente ou qualidade percebida.
	<i>Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 7, de 25 de fevereiro de 2010</i> , (2010). Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasil. D.O.U. Recuperado em 13 de maio de 2014, de <a href="http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf">http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf</a>	Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva que é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Determina quantidade mínima de profissionais e categorias, nível de especialização, bem como o tempo que cada um deve dispor ao cuidado dos pacientes críticos. Discorre quanto aos equipamentos que devem estar disponíveis na UTI e os serviços de apoio, que devem ser garantidos nas 24 horas.
Segurança do Paciente	<i>Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 7, de 25 de fevereiro de 2010</i> , (2010). Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasil. D.O.U. Recuperado em 13 de maio de 2014, de <a href="http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf">http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf</a>	Art. 33 a 36 dispõem sobre gerenciamento de risco das atividades na UTI, redução e minimização dos eventos adversos relacionados a procedimento de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação; produtos e equipamentos para saúde; uso de hemocomponentes e saneantes ou outros produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, atividades da equipe da UTI na monitorização e gerenciamento de risco como: definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos; coletar, analisar, estabelecer ações corretivas e notificar eventos adversos e queixas técnicas.

<p>Santos, M. C. D., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., &amp; Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. <i>Revista Portuguesa de Saúde Pública</i>, 10(1), 47-57.</p>	<p>Em estudo europeu no qual participaram 25 países da União Europeia (UE), entre os quais Portugal, concluiu que 78 % dos inquiridos considera o erro médico um “problema grave no seu país” e que 28 % já viveu (diretamente ou num familiar próximo) consequências do erro de diagnóstico ou de tratamento. A partir de 2000 a segurança do doente torna-se uma questão pertinente no âmbito da Saúde e um foco de atenção e de desenvolvimento de ações, na sua maioria coordenadas pela <i>World Health Organization’s World Alliance for Patient Safety</i> (WHO.WaP). A este respeito é referido que perturbações e/ou falhas na comunicação entre e intra equipas de saúde podem ser causas de diminuição da qualidade dos cuidados, de erros no tratamento e de danos potenciais para os doentes.</p>
<p>Paiva, M. C. M. S., Paiva, S. A. R., Berti, H. W. (2010). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. <i>Rev Esc Enferm USP</i>, 44(2), 287-94.</p>	<p>A presença dos incidentes e eventos adversos, que comprometem a segurança do paciente, constitui-se atualmente em grande desafio para o aprimoramento da qualidade no setor saúde. Com vistas a programa de melhoria contínua na instituição, deve-se garantir a existência de mecanismos para prevenção e minimização de erros, entre estes, apontar como se realiza a notificação e a análise dos erros, como se estabelece as ações corretivas e preventivas e como os profissionais são informados sobre o desenvolvimento dessas análises.</p>
<p>Andolhe, R. (2013). <i>Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes.</i> Tese de doutorado, Universidade de São Paulo).</p>	<p>Reason refere-se aos erros no trabalho como a necessidade de uma cultura de segurança com a implantação de sistemas organizacionais de identificação e prevenção de erros. <i>To err is human: building a safer health system</i>, considera que o erro não é causado por um único indivíduo, mas por falhas nos processos, na estrutura e nas medidas. Outro recurso para avaliar a qualidade do cuidado são os indicadores de resultados da assistência, outros indicadores estão sendo incorporados na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem como: percentuais de erros de medicação, infecção hospitalar, cuidados com flebite, controle da dor, integridade da pele, procedimentos com terapias, dimensionamento inadequado de profissional e satisfação do cliente. A cultura de segurança em substituição à cultura punitiva favorece a real e precoce identificação de falhas no sistema organizacional dos serviços. Em vista disso, é de imprescindível identificar falhas potenciais nos complexos sistemas organizacionais dos serviços de saúde para que essas falhas sejam evitadas, o que representa um desafio para que gestores e gerentes dos serviços de saúde analisem crítica e profundamente a estrutura organizacional e, assim, avaliar reformulações.</p>
<p>Porto, S., Martins, M., Mendes, W., &amp; Travassos, C. (2010). A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. <i>Revista Portuguesa de Saúde Pública</i>, (10).</p>	<p>Os registros de ocorrência de EA datam da década de 50, mas só em 90 que começaram os estudos sobre os custos sociais e econômicos dos eventos adversos. Em 1984, o estudo <i>Harvard Medical Practice Study</i> (HMPS) estimou que das internações de Nova Iorque 3,7% ocorriam EA. Este estudo deu origem a vários outros em diversos países do mundo, que demonstraram taxas de 2,3 a 10,8% das internações sofrem EAs com uma taxa de EAs evitáveis de, aproximadamente 30 a 40%. Os EAs aumentam o período de internação e conseqüentemente os custos de 16 a 45% na internação, e também os pacientes que sofreram um EA tem uma taxa de reinternação nos primeiros três meses de até 25%, contra 17% para os pacientes sem EA.</p>
<p>Leitão, I. M. T. D. A., Oliveira, R. M., Leite, S. D. S., Sobral, M. C., Figueiredo, S. V., &amp; Cadete, M. C. (2014). Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. <i>Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene</i>, 14(6), 1073-83.</p>	<p>Merece destaque o Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado no ano de 2013 pelo Ministério da Saúde, ao considerar que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde.</p>

Gestão de Processos Administrativos	<p>Agência Nacional de Vigilância Sanitária. <i>Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002</i> (2002). Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. D.O.U. Recuperado em 05 de abril de 2014, de <a href="http://www.anvisa.gov.br/hotsite/seguranca_dopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2050-2002.pdf">http://www.anvisa.gov.br/hotsite/seguranca_dopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2050-2002.pdf</a></p>	<p>Estabelece como função de gestão e execução administrativa “dirigir os serviços administrativos; assessorar a direção das unidades no planejamento das atividades e investimentos em recursos humanos, físicos, técnicos e tecnológicos; executar a gestão de pessoas e administração orçamentária, financeira, contábil e faturamento, bem como prestar informações administrativas aos usuários e funcionários e apurar custos da prestação de assistência.</p>
	<p>Johnston, R., Clark, G., Brandão, A. B., &amp; Corrêa, H. L. (2002). <i>Administração de operações de serviço</i>.</p>	<p>Definem processos como ações que transformam tarefas ou atividades, agregando o valor da instituição em produtos de saídas cujo resultado final, na área hospitalar, é o serviço prestado ao paciente. Esses processos acontecem dentro de uma mesma área, como a UTI e entre áreas dependentes. Afirmam ainda, ser imprescindível o desenho dos processos, de forma a visualizar suas integrações a partir da perspectiva dos pacientes, entendendo como são realizados e o que poderia ou deveria ser modificado para proporcionar a melhoria contínua.</p>

Figura 2 – Pólos teóricos que embasaram a pesquisa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

### **3. METODOLOGIA**

A metodologia é entendida como um instrumento que procura captar a realidade pela ciência. Pode ser definido ainda, como o campo que estuda os melhores métodos praticados em determinada área para a produção do conhecimento, utilizando-se de estratégias delimitadas como “diferentes maneiras de abordar e analisar dados empíricos no contexto das ciências sociais aplicadas” (Martins & Theóphilo, 2009, p.53).

Gil (2002) resumiu que metodologia é a aplicação de métodos e de técnicas que garantem a legitimidade do saber obtido, por meio da reflexão no desenvolvimento da pesquisa. A palavra “pesquisa”, neste contexto, possui um sentido amplo diferente do dado pelo senso comum, “tem a finalidade de buscar respostas a problemas e indagações teóricas e práticas” (Zanella, 2009).

#### **3.1 Método e Técnicas de Pesquisa**

A definição do tipo de pesquisa a ser realizada foi consequência da necessidade de identificar se falhas em processos administrativos podem causar eventos adversos em terapia intensiva e como esses eventos são notificados. Ou seja, o tipo do estudo guiará aos objetivos da pesquisa.

A pesquisa utilizará o método indutivo, abordagem empírica com caráter exploratório-descritivo e estratégia de pesquisa-ação. Foi escolhido o método indutivo pela sua característica de partir de fatos particulares para fatos universais. Este método é definido por Marconi e Lakatos (2003, p. 86) como:

“um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida as partes examinadas. Portanto, o objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam”.

O raciocínio indutivo, segundo Marconi e Lakatos (2003), é composto por três fases, observação dos fenômenos (observação dos fatos e fenômenos), no qual se descobre a causa de sua manifestação; descoberta da relação entre eles, por meio da comparação estipula-se a



relação entre fato e fenômeno; e generalização da relação, em que se generaliza a relação encontrada nas fases anteriores.

Podemos concluir que o método indutivo é designado para ampliar o alcance do conhecimento, utilizando para isso diferentes graus de força dentro de uma mesma premissa, desde esta tenha capacidade para sustentar a conclusão, que corresponde às expectativas desta pesquisa. Enquanto que o método dedutivo explica o conteúdo da premissa, colocando-a como verdadeira ou falsa, sem graduações intermediárias, mas com a “certeza” de ser ou não verdadeiro.

A abordagem será a empírica com base na sua principal característica de evidenciar as observações e percepções com o mesmo nível de importância. Martins e Theóphilo (2009, p.39) salientam que “nesta abordagem metodológica, considera-se que o fato existe independentemente de qualquer atribuição de valor ou posicionamento teórico, e possui um conteúdo evidente, livre de pressupostos subjetivos”. A descrição dos fatos por meio da observação e dos experimentos permite a construção da teoria científica, uma vez que o pesquisador precisa ir a campo, observar, conversar com pessoas e presenciar relações sociais para a formação da teoria científica (Zanella, 2009).

Martins e Theóphilo (2009) descrevem sete formas de abordagem para pesquisa, sendo o empirismo o mais adequado para este estudo.

Abordagem Metodológica	Característica
Empirismo	Considera que o fato existe independentemente de qualquer atribuição de valor ou posicionamento teórico, e possui um conteúdo evidente, livre de pressupostos subjetivos. Valoriza a capacidade dos sentidos de produzirem a evidência, a certeza e a objetividade do dado.
Positivismo	Apesar de ter suas raízes no empirismo, preocupa-se com a expressão lógica do discurso científico do que com a ênfase nas realidades observáveis. Não aceita outra realidade que não seja a dos fatos que podem ser observados, rejeita a compreensão subjetiva dos fenômenos, a pesquisa intuitiva das essências.
Sistêmica	Reconhece numa problemática de pesquisa a predominância do todo sobre as partes. Privilegia o estudo do seu objeto de forma globalizada. Considera inadequada a noção estrita de causalidade, baseada no estudo da realidade reduzida a unidades cada vez menores que, por conseguinte, se expressa em um sentido único.
Funcionalista	Admite que os fenômenos acontecem dentro de formas invariantes, devido à estrutura funcional básica geral e comum, na qual a causalidade é concebida como explicação da causa final, da intencionalidade das ações, a explicação pelas consequências, do <i>para que?</i> , dos fenômenos ou da lógica entre proposta e ação, teoria e prática, relação funcional entre o todo e as partes.
Estruturalismo	Confere um caráter formal à ciência, aplicando a mesma postura metodológica para as realidades social e natural. Um traço fundamental do estruturalismo é a concepção de que o conhecimento da realidade somente torna-se possível quando são identificadas suas formas subjacentes e invariantes, ou já dadas.
Fenomenologia	Consiste na tentativa de apresentar os fenômenos livres dos elementos pessoais e culturais, a fim de alcançar a sua essência, na qual o objeto de estudo é o fenômeno, o instrumento é a intuição e o objetivo é entender a relação entre o fenômeno e sua essência, ou seja, busca o entendimento da essência dos fenômenos.
Crítico-Dialética	Entendida como a “arte da discussão” ou “arte do diálogo”, explicita-se como uma postura, um método de investigação e uma praxe, um movimento de superação e transformação. Esse processo tem seu ponto de partida nos fatos empíricos e busca superar as impressões primeiras, as representações fenomênicas dos fatos e ascender ao seu âmago, as suas leis fundamentais.

Figura 3 – Abordagens Metodológicas.

Fonte: Adaptado de Martins & Theóphilo, 2009.

A pesquisa empírica faz uma investigação dentro de um cenário real, onde as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes utilizando múltiplas fontes de evidências para análise e conclusão (Zanella, 2009). O empirismo por ter como base a solução de problemas concretos, práticos e operacionais, consagrou a observação empírica, o teste experimental e a mensuração quantitativa, como critérios de cientificidade (Martins & Theóphilo, 2009).

O caráter exploratório possibilita ampliar os conhecimentos e a familiaridade de um determinado assunto, o que é de extrema relevância para o objetivo da pesquisa, que busca aprimorar ideias em relação a eventos adversos e suas relações com os processos administrativos, relação pouco explorada na literatura. Gil (2002, p. 41) afirma que pesquisas exploratórias “têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado”. Este tipo de pesquisa utiliza o levantamento bibliográfico, entrevistas com envolvidos com o problema pesquisado e análise dos dados.

As pesquisas descritivas objetivam descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, ou ainda as relações entre variáveis. Ressalte-se que as pesquisas podem atender a necessidades intelectuais, pelas quais o pesquisador pretende atender sua satisfação própria, ampliando seus conhecimentos, sendo denominada de pesquisa pura. Quando a pesquisa tem a finalidade de desvendar problemas da prática, com possíveis soluções aplicáveis são denominadas pesquisa aplicada ou empírica (Gil, 2002). Um dos objetivos desta pesquisa é que seus resultados tenham uma aplicabilidade prática.

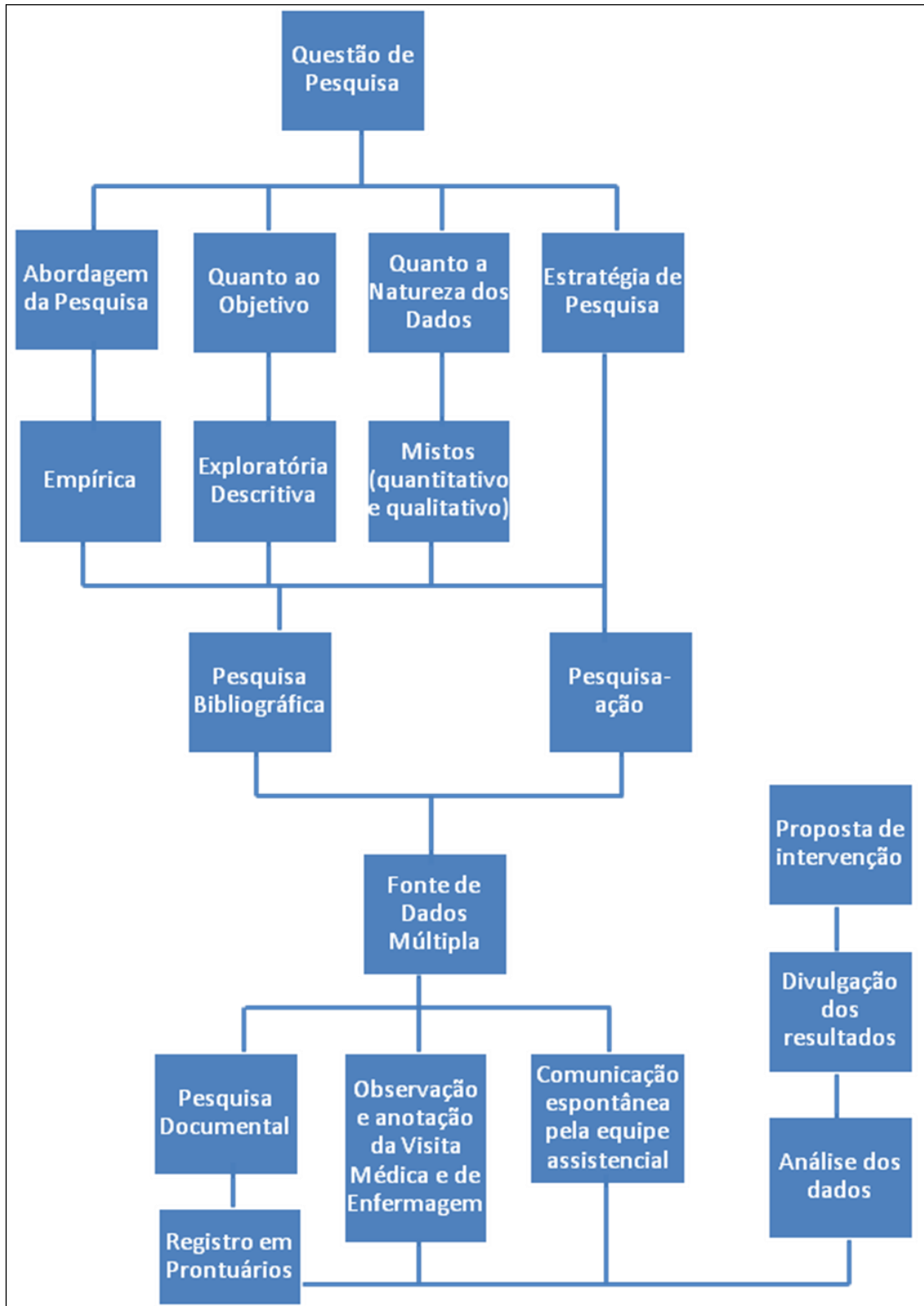


Figura 4 – Principais atividades da pesquisa  
 Fonte: Elaborada pelo Autor

A figura 4 reflete, de forma esquemática, o encadeamento das atividades que permite o desenvolvimento do estudo, iniciando com a questão de pesquisa e conclusão com a proposta de intervenção.

A estratégia de pesquisa será pesquisa-ação, definida por Thiollent (2008, p.16) como:

“um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”.

Martins e Theóphilo (2009, p. 72) consideram como um tipo de investigação participante com o objetivo de ação planejada sobre os problemas identificados. Os pesquisadores e envolvidos (atores) interagem para identificar e sanar os problemas. Os atores são pessoas com capacidade de ação coletiva consciente em um determinado contexto. “A aplicação da Pesquisa-ação nos estudos das organizações abrange particularmente a área de Administração de Pessoas e fatores relacionados com características culturais e sociais da tecnologia e da inovação técnica”.

É uma estratégia de pesquisa aplicada a questões complexas com particularidades de diagnóstico e de consultoria, favorável quando os pesquisadores desejam expandir a pesquisa além dos aspectos acadêmicos e burocráticos, ou seja, almejam “desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados” (Thiollent, 2008, p. 18). Este tipo de pesquisa possui como características:

- “- ...ampla e explícita interação entre pesquisador e pessoas implicadas na situação investigada;
- desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta;
- o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação;
- o objeto da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;
- a pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o “nível de consciência” das pessoas e grupos considerados” (Thiollent, 2008, pp. 18-19).

Thiollent (2008) expõe que a configuração deste tipo de pesquisa depende dos objetivos e o contexto no qual será aplicada, porém a atitude do pesquisador será sempre de “escuta” e esclarecimento das situações apresentadas sem, contudo, impor suas próprias concepções. Esse autor observa ainda, a necessidade de se ter claro as diferenças entre pesquisa-ação e pesquisa “convencional”. Tripp (2005) apresenta uma tabela com onze características da pesquisa-ação:

Numa pesquisa convencional não há a interação pesquisador-ator, em que os atores são as pessoas ou usuários/situações observados. Os atores são informantes, do ponto de vista da pesquisa, enquanto que do lado da ação são meros executores.

Para pesquisa-ação os atores são participantes com ações efetivas. A prática rotineira é repetitiva, individual, não questionadora com o objetivo pontual, eficaz e imediata a eventos, já a pesquisa convencional (pesquisa científica) tende a ser ocasional, uma vez que as pesquisas científicas não são realizadas diariamente; e colaborativa, à medida que é realizada por equipes e é imperativo cumprir uma agenda rígida e fixa em prazos e em atividades. A pesquisa-ação possui uma característica contínua devido ao aspecto de trabalhar para melhoria da prática. Nesse sentido, as pessoas/usuários são participantes das ações para a resolução dos problemas, ampliação do conhecimento e disseminação dos resultados. Seu principal intuito é promover ao pesquisador melhores condições de compreensão, decifração, interpretação, análise e síntese dos dados qualitativos coletados na situação investigativa (Thiollent, 2008; Tripp, 2005).

Thiollent (2008) relata que não há um planejamento fixo do desenvolvimento da pesquisa-ação; ao contrário, é flexível, possibilitando um vaivém em função das preocupações do grupo (pesquisadores e atores) e da dinâmica das situações investigadas. Porém, é certo que se inicia com a fase exploratória e finaliza com a divulgação dos resultados, as demais fases intermediárias como: organizar seminário, escolher um tema, colocar um problema, coletar dados, relacionar o saber formal dos especialistas com o saber informal dos “usuários”, elaborar um plano de ação; não tem uma sequência necessariamente, os caminhos são variados em decorrência das circunstâncias identificadas.

Segundo Martins e Theóphilo (2009, p. 73) a fase exploratória compreende:

“discussões em grupos com membros da organização na identificação do problema proposto pelo pesquisador que possa ser cientificamente solucionado

pela ação do autor e atores envolvidos, podendo iniciar-se sob a forma de simples conversação e prolongar-se em entrevistas individuais, coletivas ou em seminários”.

É nesta fase, que se faz o diagnóstico dos problemas e dos meios adequados para solucioná-los.

O tema de pesquisa inclui o problema prático e a área de conhecimento a ser abordada e deve ser de interesse dos atores para ser considerada uma pesquisa participativa. É fundamental a pesquisa bibliográfica por parte do pesquisador, pois, compete a ele a mediação teórico-conceitual que permeará todas as fases da pesquisa. A colocação dos problemas pode ser considerada como a problematização de ordem prática, e deve ser discutida sua relevância científica e prática (Thiollent, 2008).

No que concerne ao presente estudo, pode-se dizer que a coleta de dados foi realizada por observação das visitas médicas e de enfermagem bem como relatos espontâneos. Os dados foram analisados e interpretados para divulgação dos resultados e elaboração de um plano de ação.

A natureza dos dados coletados nesta pesquisa é mista, com dados qualitativos e quantitativos. Martins e Theóphilo (2009) consideram uma pesquisa qualitativa quando o pesquisador entra em contato direto e prolongado com o ambiente da pesquisa, os dados são descritos e analisados de forma indutiva à medida que são coletados, atentando-se para as percepções dos participantes (atores). Trata-se de pesquisa quantitativa, pois há dados coletados que podem ser organizados, caracterizados e interpretados numericamente, por meio de métodos e técnicas estatísticas.

## **3.2 Delineamento da Pesquisa e Coleta de Dados**

### **3.2.1 Locais do estudo**

A pesquisa foi realizada em quatro unidades de terapia intensiva de um hospital público, geral, universitário, de alta complexidade e integrante da Rede Sentinela do Estado de São Paulo. A Rede Sentinela é um projeto da ANVISA, criada em 2001, com o objetivo de construir uma rede de serviços para notificação de eventos adversos e queixas técnicas de

produtos de saúde, insumo, materiais e medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em todo país (ANVISA, 2013).

O hospital possui 970 leitos, destes, 110 leitos são destinados aos cuidados intensivos. As unidades participantes do estudo possuem um total de 27 leitos de caráter clínico, distribuídos em: UTI Respiratória (04 leitos); UTI de Clínica Médica (07 leitos); UTI de Emergências Clínicas do Pronto Socorro (14 leitos); e UTI de Hematologia (02 leitos).

Dispostas em dois andares, as UTIs Respiratória e de Clínica Médica ocupam a mesma área física e as UTIs de Emergências Clínicas do Pronto Socorro, de outra área física.

As equipes cuidadoras das unidades são compostas por médicos assistentes (intensivistas, cardiologistas, pneumologistas, hematologistas, neurologistas e nefrologistas), médicos residentes (do primeiro ao quarto ano de residência médica), enfermagem e fisioterapia exclusiva para UTI.

A equipe diária de cada UTI é formada por um médico “horizontal” (responsável pela coordenação médico-assistencial da UTI, presente oito horas por dia), um médico assistente nas 24 horas, quatro a cinco médicos residentes do 1º e 2º ano e um residente do 3º ou 4º ano, durante o período diurno, e no noturno um residente do 1º e 2º ano. A enfermagem é distribuída pelo número de leitos, com um auxiliar de enfermagem responsável pela assistência direta de dois leitos; um enfermeiro responsável por quatro ou seis leitos nas 24 horas, com turnos de seis horas diurnos e 12 horas noturnos; e um enfermeiro coordenador da assistência, presente por oito horas diárias. A fisioterapia está presente apenas no período diurno, com um fisioterapeuta no período matutino e outro no vespertino para cada área física.

Os demais profissionais como fonoaudióloga, farmacêutico, psicóloga, nutricionista, assistente social e especialistas médicos estão disponíveis no hospital. Todas as unidades são gerenciadas por um médico intensivista.



### **3.2.2 População do Estudo**

A população a ser estudada foi constituída por todas as admissões de pacientes internados nestas unidades, no período maio a setembro de 2009 com idade superior a 15 anos, o acompanhamento foi realizado desde a admissão na UTI até a alta da UTI ou óbito.

### **3.3 Procedimentos de Coleta de Dados**

A flexibilidade da pesquisa-ação traz vantagens e oferece maior qualidade ao produto da investigação. A coleta de dados deve se basear em fontes como: observação, observação participante, entrevistas, *focus group*, análise de conteúdo, questionário e escalas sociais e de atitudes, pesquisa documental, registros em arquivos, pesquisa etnográfica e análise de discurso, sendo permitido combiná-las (Thiollent, 2008).

Thiollent (2008) reforça que independente das técnicas utilizadas, os grupos (pesquisador e atores) procuram a informação necessária para o andamento da pesquisa e que respondam aos objetivos traçados. Nesta fase, pode ser necessária uma divisão de tarefas, um grupo observa, outro coleta os dados do prontuário, etc.

Os incidentes foram identificados por acompanhamento direto e diário das visitas médica e de enfermagem de cada UTI e por revisão de prontuários. Os observadores foram previamente treinados e não podiam se manifestar durante as visitas. As informações coletadas foram registradas em um instrumento especificamente desenhado para este fim (Apêndice 2).

Os dados relacionados à caracterização da população e os potenciais incidentes foram registrados em impresso próprio, por meio de análise minuciosa de todas as partes que compõem o prontuário, como: adendo de internação, evolução médica, prescrição médica, evolução de enfermagem, anotações de enfermagem, controles especiais, interconsultas, exames laboratoriais, entre outros (Apêndice 1).

Também foram registradas as informações relacionadas aos diagnósticos de admissão nas UTIs; comorbidades por meio da escala de Charlson, variável numérica que verifica quantidade de comorbidades (Charlson et al., 1987); tempo de permanência nos serviços; gravidade clínica à admissão nas UTIs por APACHE II e diária pelos índices SAPS II, SOFA

e LODS, intensidade do cuidado por meio das intervenções diárias, falhas de comunicação e a condição de saída das UTIS e do Hospital.

Outro instrumento utilizado destinou-se à coleta das informações referentes à carga de trabalho de enfermagem, mensurada pelo índice *Nursing Activities Score* (NAS) (Apêndice 3). Esse instrumento foi desenvolvido por Miranda *et al.* (2003), traduzido e validado por Queijo e Padilha. Um formulário NAS foi preenchido por cada profissional de enfermagem diretamente envolvido no cuidado de cada paciente no final de cada turno. O NAS diário foi determinado para cada paciente durante o período de acompanhamento para obtenção do NAS médio por paciente no período (Miranda *et al.*, 2003).

Os incidentes que tiveram seu início antes da admissão dos pacientes nos serviços estudados não foram incluídos e os incidentes identificados, durante a internação nas UTIs, foram classificados conforme suas características, quanto à origem e equipe envolvida:

- Médicos: relacionados a falhas no acompanhamento clínico, problemas envolvendo procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, erros de terapêutica não-invasiva, problemas relacionados a drogas, sangramentos e hipoglicemias.

- Enfermagem: falhas relacionadas ao seguimento da prescrição médica, quedas e traumas, úlceras de decúbito, extubação acidental, problemas relacionados à manipulação de sondas e cateteres, atrasos com relação à coleta e encaminhamento de exames e administração de alimentos.

- Administrativos: relacionados a não realização de exames e procedimentos indicados em decorrência de problemas organizacionais, medicações não disponíveis, número insuficiente de leitos hospitalares, falta de equipamentos ou materiais, recursos humanos insuficientes e carência de hemocomponentes.

O objeto deste estudo são os incidentes classificados como administrativos que foram categorizados pelo pesquisador em ocorrência comunicável – situação com potencial risco de causar dano, mas sem a conclusão do incidente, um quase evento; incidente que foi identificado antes de chegar até o paciente, um incidente sem dano; evento que chegou ao paciente, mas não resultou em dano discernível; ou incidente com dano, aqui denominado evento adverso, incidente que apresenta consequências para o paciente.

Os eventos adversos, de acordo com o grau do dano, foram considerados leve - quando as consequências foram sintomáticas, porém mínimas ou de curta duração, sem necessidade de intervenções; moderado – com consequências que necessitaram de intervenções como procedimentos suplementares, terapêutica adicional, aumento do tempo de internação, mas sem perda de função; grave – consequências que requeiram intervenções para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica ou danos permanente ou perda de funções e óbito quando a morte for causada ou antecipada pelo incidente (OMS, 2011).

A seguir, categorizados segundo o Relatório da OMS (2011) quanto ao tipo de incidente em administração clínica, processo/procedimento clínico, documentação, medicação/fluídos IV, sangue/hemoderivados, dieta/alimentação, dispositivo/equipamento médico, infraestrutura/edificio/instalações, recursos/gestão organizacional e comportamentos, origem da identificação do incidente/EA (em qual parte, evolução médica, evolução de enfermagem, evolução de outros profissionais, prescrição médica, exames laboratoriais, controle de enfermagem, anotação de enfermagem, interconsultas) e visita médica ou visita de enfermagem.

### **3.4 Procedimentos e Análise dos Dados**

#### **3.4.1 Procedimento Ético**

A princípio, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital participante que o aprovou sob o número CAPPesq 0279/07. Para este estudo, foi encaminhado comunicado a CAPPesq informando a utilização dos dados coletados em 2009 seguindo os preceitos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que garante a preservação do total anonimato dos pacientes envolvidos nos incidentes/EAs.

#### **3.4.2 Tratamento Estatístico dos Dados**

O conjunto das informações coletadas foi transferido para uma base de dados específica por dupla digitação com validação e checagem da consistência das informações.

As variáveis quantitativas: idade, tempo de internação na UTI, tempo de internação hospitalar, gravidade (representada pelos escores APACHE, SOFA, LODS, SAPS II e comorbidades) e carga de trabalho da enfermagem (NAS) foram apresentadas em tabelas e analisadas pelos testes estatísticos descritivos (média, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo). As variáveis contínuas foram analisadas pelos testes estatísticos descritivos (média, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo).

As variáveis categóricas serão apresentadas com frequências absolutas e relativas (%). Essas variáveis foram: sexo, condição de saída da UTI, condição de saída hospitalar, tipos de incidentes/eventos adversos e grau de dano.

Foram analisadas as correlações entre incidentes administrativos e tempo de internação na UTI, tempo de internação hospitalar, carga de trabalho de enfermagem e índices de gravidade dos pacientes pelo teste de *Spearman*. Os fatores que mostraram resultados estatisticamente significativos na análise univariada foram selecionados para análise multivariada.

Modelos de regressão logística serão aplicados, estimando-se os “*odds ratios*” e seus respectivos intervalos de confiança. Os programas estatísticos utilizados foram STATA versão 10.0 (*Stata Corp, College Station TX*) e SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 19.0. Foram considerados resultados significantes quando  $p < 0,05$ .

### **3.4.3 Análise de Dados**

Os resultados foram analisados comparando-os com os disponíveis na literatura, salientando todas as evidências relevantes abordadas e encontradas.

Os dados quantitativos e qualitativos coletados foram tabulados e classificados, de acordo com os temas selecionados entre os principais temas descritos. Os resultados da tabulação serão descritos e analisados no capítulo 4.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A segurança do paciente é um tema que tem ganhado vultoso espaço nas discussões das equipes de saúde, especialmente em UTI, por todas as características que o ambiente apresenta, e, porque ao discorrer sobre segurança é inevitável abordar os incidentes decorrentes da assistência à saúde.

A OMS, desde 2004, tem incentivado essas questões bem como a unificação dos conceitos e terminologias utilizados mundialmente, o que facilita o entendimento e a transferência de informação em relação à segurança do paciente. Esta organização ressalta ainda, que os incidentes devem ser investigados desde os fatores que contribuem para sua ocorrência, características dos pacientes, tipo de incidente, mecanismos de detecção, fatores contribuintes, fatores atenuantes, consequências para o paciente, consequências para organização, ações de melhoria, bem como os resultados dessas ações para a redução do risco (OMS, 2011).

A análise incidentes assistenciais, já é um consenso na literatura, ou seja, consolidou-se como uma forma de medir a qualidade do serviço, mas não é a única forma de contribuir para a esta tão almejada qualidade. Outros fatores associados, dentre eles, a análise de incidentes relacionados a processos administrativos, proposta deste estudo, também podem contribuir para esta melhoria. Contudo, muitos deles não são registrados nos prontuários, o que dificulta mensuração dos mesmos.

### **4.1 Características Demográficas e Clínicas das Admissões**

Este estudo foi composto de 202 admissões referentes a 195 pacientes nas quatro unidades de terapia intensiva, predominantemente clínicos, devido às características das unidades estudadas. Do total de admissões, sete (3,46%) pacientes sofreram reinternações no período analisado. O Pronto Socorro foi à principal porta de entrada para 89,28% das admissões (175 pacientes) nas unidades analisadas.

A tabela 1 apresenta as características demográficas da população estudada, em que a idade média foi 52,58 anos, variando de 15 a 96 anos, com discreto predomínio do sexo masculino (51,98%). O tempo médio de internação na UTI foi de 10,25 dias e no hospital de 19,27 dias.

Do total de pacientes, 78,97% evoluíram com alta da UTI e 72,82% concluíram sua internação com a alta hospitalar. A idade média observada neste estudo e a leve predominância masculina são compatíveis com os achados de outras pesquisas nacionais realizadas por Oliveira *et al.* (2010), que considera o tempo de internação prolongado, quando maior que sete dias.

**Tabela 1 – Distribuição das características demográficas, tempo de internação e condições clínicas de entrada das admissões estudadas**

Variável	Admissões N=202			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	52,58	19,47	15	96
Sexo	105 (51,98%) : 97 (48,02%)			
Masculino : Feminino (n;%)				
Tempo de Internação na UTI (dias)	10,25	10,46	0	70
Tempo de internação no hospital (dias)	19,27	16,92	1	84
Gravidade da admissão APACHE (pontos)	15,33	7,64	0	48
Comprometimento funcional diário SOFA (pontos)	5,50	3,66	0	18
Comprometimento funcional diário LODS (pontos)	4,62	3,21	0	17
Comprometimento funcional diário SAPS II (pontos)	31,35	15,24	3	92
Comorbidades – índice de Charlson (pontos)	2,5	2,29	0	10
NAS (%)	72,43	24,35	28,85	139,4
Condição de saída das UTIs	154 (78,97%) : 41 (21,03%)*			
(número pacientes;% ) Alta : Óbito				
Condição de saída do Hospital	142 (72,82%) : 53 (27,18%)*			
(número pacientes;% ) Alta : Óbito				

N:número de admissões; \*N: considerado o número de 195 pacientes

Fonte: Resultados da pesquisa

Em relação aos índices de gravidade e morbidade aplicados nas primeiras 24 horas da admissão, o que apresentou maior média de pontuação foi o SAPS II (31,35) sendo a menor pontuação 3 e a maior 92 pontos, que representa uma mortalidade esperada de aproximadamente 11,70%, enquanto que a pontuação pelo APACHE II foi de 15,33 pontos, com mortalidade esperada de aproximadamente 23,50%. Já a média do SOFA foi de 5,50 pontos, o que confere uma mortalidade esperada menor que 10% para as admissões estudadas. Silva *et al.*, (2008) encontraram APACHE II com média de 20,9 pontos e reforçaram a

conveniência de se considerar características semelhantes entre os serviços para que possam ser comparados, os escores de gravidade, com confiabilidade. A gravidade, das admissões estudadas pode também ser evidenciada pela necessidade de drogas vasoativas (46,50%), ventilação mecânica (43,60 %) e suporte dialítico (18,80 %) requerido durante as internações.

A taxa de mortalidade nas UTIs foi 21,03% (41 pacientes) e na internação 27,18% (53 pacientes) superando o esperado pelo SAPS II (11,70%) e SOFA (10%). Com base na pontuação APACHE II, a mortalidade foi maior que a esperada para o período da internação hospitalar.

Quanto ao NAS, que mede carga de trabalho da enfermagem por meio do percentual de tempo dispensado aos cuidados, a média do tempo de assistência foi de 72,43% com valor máximo de 139,4% e mínimo de 28,85%. Considerando que cada colaborador da enfermagem, de nível médio, é responsável pela assistência a dois pacientes e que o  $NAS \geq 51\%$  é classificado como sobrecarga de trabalho (Queijo & Padilha, 2004), fica clara esta condição, pois um único paciente necessitou de mais de 70% do turno de trabalho do colaborador, que é responsável por dois pacientes, como preconiza a RDC nº 7 (2010).

Das 202 admissões estudadas, quase a totalidade, 201 (99,5%) apresentou algum tipo incidente de segurança, categorizado por médico, de enfermagem, administrativo, de comunicação, infeccioso ou cirúrgico. Os incidentes relacionados a falhas administrativas foram encontrados em 148 (73,26%) admissões neste estudo, sendo, portanto que 53 (26,74%) admissões foram envolvidas nas demais categorias de incidentes de segurança.

A tabela 2 expõe a distribuição das características demográficas, tempo de internação, condições clínicas de entrada, carga de trabalho da enfermagem, condições de saída das admissões que apresentaram incidentes administrativos e as admissões que mostraram outros incidentes que não os administrativos.

**Tabela 2 – Distribuição das características demográficas, tempo de internação e condições clínicas de entrada das admissões com incidentes administrativos e outros incidentes**

Variável	Admissões com incidentes administrativos	Admissões com incidentes EXCETO os administrativos	p
	N=148	N=53	
<b>Idade (anos)</b>	51,41 ± 19,56	55,85 ± 19,23	0.156
Média + DP (MIN – MAX)	(15 – 96)	(19 – 87)	
<b>Sexo</b>	72 : 76	32:21:00	0.153
Masculino : Feminino		1,35	
<b>Tempo de Internação na UTI (dias)</b>	12,68 ± 11,06	3,62 ± 3,75	<0.0005
Média + DP (MIN – MAX)	(0,0 – 70,0)	(0,0 – 17,0)	
<b>Tempo de internação no hospital (dias)</b>	21,00 ± 17,49	13,20 ± 13,45	0.002
Média + DP (MIN – MAX)	(1,0 – 84,0)	(1,0 – 61,0)	
<b>Gravidade da admissão APACHE (pontos)</b>	15,89 ± 7,19	14,08 ± 8,55	0.392
Média + DP (MIN – MAX)	(0 – 48)	(0 – 43)	
<b>Comprometimento funcional diário SOFA (pontos)</b>	5,55 ± 3,59	5,34 ± 3,82	1.000
Média + DP (MIN – MAX)	(0 – 18,0)	(0 – 17,0)	
<b>Comprometimento funcional diário LODS (pontos)</b>	4,65 ± 2,99	4,53 ± 3,82	0.817
Média + DP (MIN – MAX)	(0 – 16,0)	(0 – 17,0)	
<b>Comprometimento funcional diário SAPS II (pontos)</b>	31,82 ± 14,64	30,11 ± 17,00	0.486
Média + DP (MIN – MAX)	(3 – 92)	(8 – 87)	
<b>Comorbidades – índice de Charlson (pontos)</b>	2,53 ± 2,25	2,34 ± 2,35	0.603
Média + DP (MIN – MAX)	(0 – 10)	(0 – 9)	
<b>NAS (%)</b>	75,00 ± 21,67	65,65 ± 29,83	0.016
Média + DP (MIN – MAX)	(33,4 – 137,6)	(0 – 139,4)	
<b>Condição de saída das UTIs</b>	115 (77,70%) : 33 (22,30%)	45 (84,90%) : 8 (15,10%)	0.323
(número admissões;% ) Alta : Óbito			
<b>Condição de saída do Hospital</b>	114 (77,02%) : 34 (29,98%)	45 (84,90%) : 8 (15,10%)	0.394
(número admissões;% ) Alta : Óbito			

**N:** número de admissões; **DP:** desvio padrão; **MIN:** valor mínimo apresentado; **MAX:** valor máximo; **p:** valor de p no teste t de *Student*

Fonte: Resultados da Pesquisa



As outras variáveis não apresentaram diferença estatisticamente significativa para os grupos estudados.

As internações na UTI foram mais prolongadas, média de  $12,68 \pm 11,06$  dias, para as admissões com incidentes administrativos, variando de 16 horas a 70 dias de internação enquanto que as admissões sem incidentes administrativos apresentaram uma média de 3,62 ( $\pm 3,75$ ) e intervalo de 17 horas a 17 dias ( $p < 0,0005$ ). O tempo de internação hospitalar variou de 16 horas a 84 dias com média de 21,00 ( $\pm 17,49$ ) e de um dia a 61 dias, média de 13,20 ( $\pm 13,45$ ) ( $p = 0,0002$ ) nos grupos com e sem incidentes administrativos, respectivamente. A carga de trabalho de enfermagem (NAS) foi outra variável estatisticamente significativa ( $p = 0,016$ ) e maior ( $75,00 \pm 21,67$ , o escore mínimo foi de 33,4 % e máximo de 137,6%) no grupo com incidentes administrativos que no grupo com outros incidentes que não os administrativos  $65,65 \pm 29,38$  com percentual mínimo de 0 e máximo de 139,4.

A análise multivariada realizada pelo teste de Correlação de *Spearman* mostrou correlação forte entre as três variáveis e a análise bivariada demonstrou uma forte correlação dias de internação na UTI e hospitalar, incidentes administrativos e NAS (0,378), incidentes administrativos e dias de internação na UTI (0,705) e incidentes administrativos e dias de internação hospitalar (0,673).

Forster *et al.*, (2008) constataram um aumento de 31 dias na média do tempo de internação em UTI para pacientes que sofrem incidentes na unidade terapia intensiva. No modelo final do presente estudo, a ocorrência de um incidente administrativo aumenta em 1,84 dias de internação na UTI e conseqüentemente, a internação hospitalar, além de 0,33% o escore NAS.

Gonçalves *et al.* (2006), Andolhe (2013) e Novaretti, Quiterio, Santos & Daud-Gallotti (2014) comprovaram que a sobrecarga de trabalho da enfermagem é um risco elevado para aumentar a incidência de incidentes, além de comprometer a saúde do colaborador. Segundo Andolhe (2013), a sobrecarga aumenta o absenteísmo e licenças médicas, gerando um efeito chamado “bola de neve”. Esses resultados, por si só, são subsídios para a avaliação quantitativa dos recursos humanos da enfermagem na UTI, porém, são ratificados com o estudo de Gallotti *et al.*, (2012) que indicaram a sobrecarga de trabalho de enfermagem como o fator de risco mais importante para a aquisição de infecções relacionadas à assistência.

Importante salientar que, na fase de observação das atividades desenvolvidas pelas equipes das unidades estudadas, verificou-se que os enfermeiros, além das atividades assistenciais, são responsáveis pelo treinamento dos colaboradores da enfermagem (equipe atual e novos membros), gerenciamento de insumos, administração da organização da unidade, orientação a pacientes e familiares, bem como pela integração de toda equipe multiprofissional.

As 201 admissões com incidentes no período de estudo somaram 9.396 incidentes distribuídos pelas categorias de enfermagem, médico, comunicação, cirúrgica, infecciosa e administrativa, o que resulta em uma média de 46,7 incidentes/admissão. Os incidentes administrativos acometeram 148 admissões, totalizando 653 (6,94%) incidentes e resultando em média de 4,41 incidentes administrativos/admissão.

**Tabela 3 – Distribuição dos Incidentes Administrativos por tipo de incidente**

<b>Distribuição por Tipo de Incidente</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Processo/procedimento clínico	340	52,1
Administração Clínica	130	20,0
Dieta/alimentação	58	8,8
Documentação	55	8,5
Dispositivos/equipamentos médicos	48	7,4
Recursos/gestão organizacional	12	1,8
Sangue/hemoderivados	7	1,0
Infraestrutura/edifício/instalações	2	0,3
Comportamento	1	0,1
<b>Total</b>	<b>653</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Resultados da pesquisa

A tabela 3 e a figura 5 apresentam a distribuição dos incidentes administrativos por tipo de incidente. A maioria, 340 (52,1%) do total de incidentes encontrados, foi relacionada aos processos/procedimentos clínicos não realizados. Destes, 245(72,0%) foram causados por exames laboratoriais suspensos. A seguir, temos a não realização das avaliações da equipe multiprofissional que foram encontradas em 46 (13,5%) admissões. Os profissionais que apresentaram o maior número de não avaliações foram os fonoaudiólogos (19/46; 41,30%), pois somente estão disponíveis no horário comercial de segunda a sexta-feira e fisioterapeutas (10/46; 21,73%) que, por sua vez estão indisponíveis no período noturno. As demais avaliações não realizadas foram da cirurgia geral, cirurgia de vias biliares, cirurgia torácica, neurologia e psicologia. As intervenções solicitadas e não realizadas constituíram 27 (7,9%) deste tipo de incidente, no qual o procedimento mais negligenciado foi à realização de traqueostomia (18;27;

66,66%) seguida por cateterismo, plasmaferese, cirurgia sem motivos justificados no prontuário ou nas visitas (de enfermagem e médica), e, por fim um paciente que precisava de curativo, que a equipe da neurologia não permitiu a realização pela enfermagem, porém também não o fez e um caso de diálise. Os outros 22 (6,6%) motivos classificados como incidentes relacionados a falhas de processo/procedimento clínico aconteceram em um percentual bem menor, mas não menos importante: em 12 admissões o diagnóstico complementar mostrou-se duvidoso ou atrasado; em cinco admissões, as avaliações realizadas não seguiram a rotina estipulada pela instituição,; em três casos houve demora para mobilização/transporte do paciente; e em dois casos foi possível perceber resultados de exames com indicação de confinamento/isolamento sem a conduta .

Os incidentes classificados como de administração clínica somaram 130 (20,0%), com a maior incidência de falta de leitos de internação no que se refere à transferência de pacientes que não mais necessitavam de cuidados intensivos 86 (66,3%). Também foi possível observar problemas relacionados à medicação em falta ou atraso da entrega da medicação pela farmácia 40 (30,7%). Quatro incidentes (3,0%) relacionaram-se a marcação de cirurgia não realizada e exames indisponíveis para marcação. Questões referentes a não entrega das dietas/alimentação por parte da nutrição, 58 (8,8% do total de incidentes) também foram verificadas, bem como falha na documentação (55, 8,5%) caracterizados por relatórios e resultados de exames de imagem indisponíveis, identificação incorreta no prontuário, rasuras, relatórios ilegíveis e atraso no encaminhamento de solicitações.

A falta de dispositivos/equipamentos médicos foi responsável por 48 (7,4%) dos incidentes, falta de recursos humanos 12 (1,8%), demora ou indisponibilidade de sangue sete (1,0%), infraestrutura/edifício/instalações 2 (0,3%) e comportamento um (0,1%). Os incidentes relacionados à infraestrutura/edifício/instalações estão relacionados a problemas com regulação da temperatura do ar condicionado. O incidente comportamental foi identificado pelo abandono do posto de trabalho, por parte de uma enfermeira, antes do término do seu turno.

## Distribuição por Tipo de Incidente

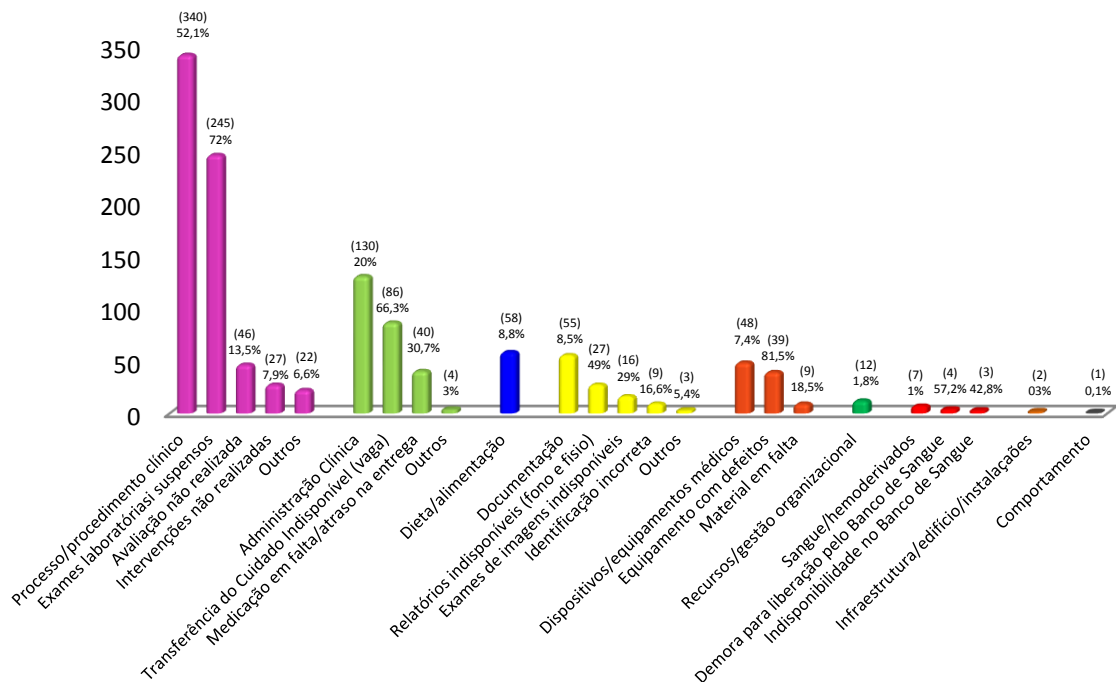


Figura 5 - Distribuição detalhada por tipo de incidentes  
 Fonte: Resultados da pesquisa

Em estudo realizado por Justa & Malik (2013) sobre os motivos de suspensão de cirurgias, a falta de vagas em UTI foi responsável por 7,1% das suspensões cirúrgicas. Fato que seguramente, aumenta o tempo de internação, pois se o paciente estiver aguardando a cirurgia em um leito de enfermaria, não haverá vaga para o paciente sair da UTI, situação encontrada, neste estudo, em 66,1% dos incidentes do tipo administração clínica. Dessa maneira, é possível notar mais uma circunstância situada dentro do rol de responsabilidades do gestor, que neste caso, deve buscar soluções que conciliem demanda e capacidade.

Ainda, são escassas as pesquisas que associem os incidentes de segurança do paciente a falhas administrativas. Há estudos que os citam, sem os detalhar.

Paiva *et al.* (2010) classificaram estes incidentes como falhas no seguimento da rotina, eventos institucionais, falhas na comunicação e conflitos pessoais. Como eventos institucionais, estes autores elencaram problemas com equipamentos, falhas na estrutura física predial e insuficiência de pessoal. Traçando um paralelo para a classificação desta pesquisa, pode-se concluir que o achado por Paiva *et al.* (2010), não retrata a realidade das unidades estudadas, pois estes itens juntos não atingem 10% dos incidentes encontrados.

A figura 6 mostra a distribuição dos incidentes segundo o grau de dano gerado para o paciente. A maioria 373 (57,2%) do total de 653 incidentes não apresentou dano para o paciente. Na classificação que utilizamos nesta pesquisa, foi verificado se o incidente não gerou dano ou se potencializou outros que levasse a danos, sendo estes agrupados por similaridade e de acordo com a forma pela qual foi identificado: prontuário, visitas médicas e enfermagem ou relato espontâneo.

Nesse contexto, é importante destacar também que um incidente pode ser categorizado como não danoso para um paciente e para outro como incidente com dano, principalmente, em relação aos exames, avaliações e intervenções não realizadas.

O total de 333 (51,0%) incidentes sem danos incluíram 182 (54,6%) exames laboratoriais não realizados ou isolamento respiratório não realizado, verificados por meio do prontuário/site do laboratório. A seguir 39 (11,7%) de 333 incidentes sem danos foram identificados no prontuário/evolução médica referente a avaliações de outros profissionais não realizadas ou realizadas com atraso e falta de vagas de enfermagem. Já 35 dos incidentes sem danos (10,5%) foram detectados na prescrição médica, correspondendo a medicações em falta (precedex, salbutamol), fisioterapia e fonoaudiologia prescritas e não checadas, dietas não administradas, e sem justificativas, na anotação de enfermagem. 34 incidentes (10,2%) foram identificados na visita de enfermagem quanto à solicitação de adequações ou correções da prescrição médica, problemas administrativos da unidade, além das faltas de dietas, equipamentos quebrados e materiais insuficientes. Menos frequentes foram os incidentes sem danos, verificados na evolução e visita médica, correspondentes à ausência de vagas na internação e interconsulta por especialidade médica, 24 (7,2%). 10 (3,0%) incidentes foram identificados no prontuário/evolução de enfermagem e caracterizados por dietas via oral (VO) não enviadas pela nutrição. Foi possível notar também casos em que a equipe aguardou pelo transporte para exame em outro instituto, sem prejuízo do exame e indisponibilidade do monitor de transporte, 7 (2,1%) na evolução de enfermagem e visita médica e 2 (0,7%) na evolução e visita de enfermagem.

As ocorrências comunicáveis, 39 (6,0%) do total de incidentes administrativos, foram encontradas principalmente na visita de enfermagem e relacionadas a equipamentos que apresentaram algum defeito, “consertados” ou substituídos pela própria enfermagem. Na visita

médica os relatos referem-se à indisponibilidade dos resultados de exames de imagem no sistema informatizado. O único quase evento observado neste estudo, caracterizou-se por várias rasuras na prescrição médica, o que pode facilmente induzir ao erro.

## Classificação do incidente

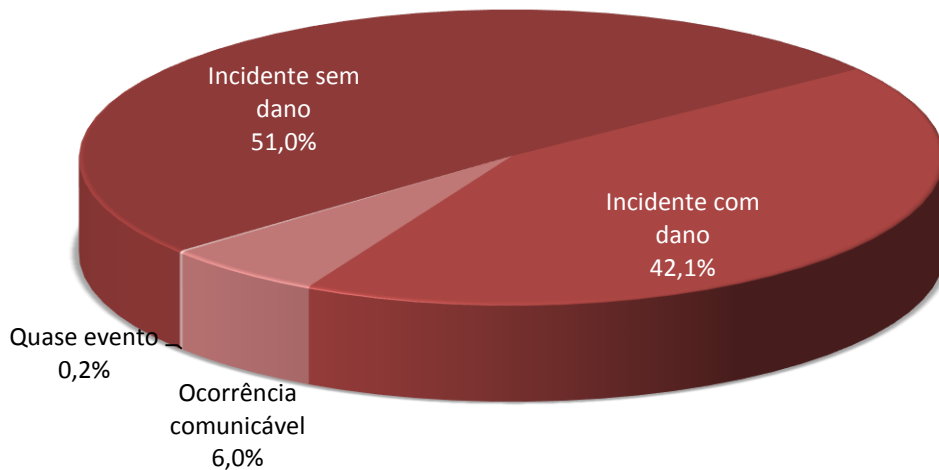


Figura 6 - Classificação do incidente segundo o grau de dano  
Fonte: Resultados da pesquisa

Os incidentes com dano foram responsáveis por 280 (42,1%) do total de incidentes administrativos classificados conforme apresentação na figura 7.

## Distribuição dos Incidentes com Dano

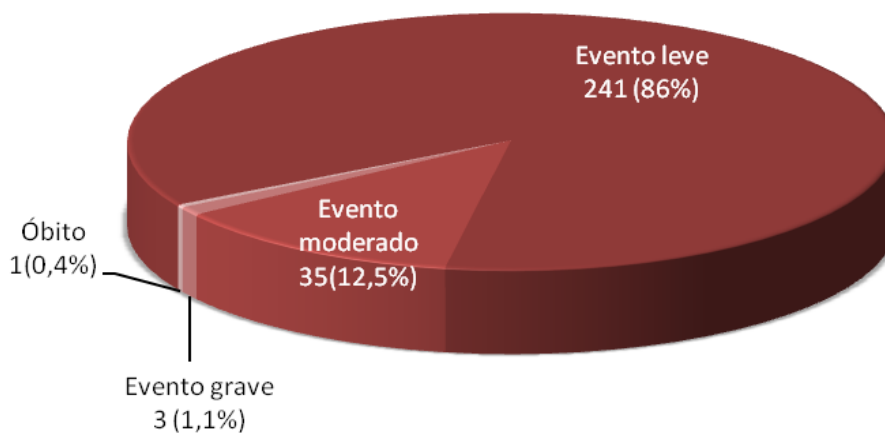


Figura 7 – Distribuição dos incidentes com dano  
Fonte: Resultados da pesquisa

Os incidentes com dano envolveram 148 admissões apresentando a seguinte distribuição: 1 (0,4% dos incidentes com dano) foi a óbito classificado como evento gravíssimo e gerado pela não realização de procedimento médico indicado em tempo hábil, por falta de recursos humanos de enfermagem (diálise postergada por falta de enfermeiros para realizar o procedimento, agravando seu quadro e culminando ao óbito), segundo visita médica. Os eventos graves 3 (1,1%) por motivos e origens de notificação distintas são: um na visita de enfermagem (paciente, que desenvolveu ventriculite, o curativo cefálico não foi trocado no prazo recomendado – 24 horas – a equipe da neurocirurgia não realizou a troca e não permitiu que a enfermagem o fizesse); um na evolução médica e evolução de enfermagem (suspensão da cirurgia do paciente que apresentava ventriculite), e um na evolução médica (não realizado diálise por falta de enfermeiro no final de semana e a chefia não conseguiu remanejar de outros lugares).

Os eventos moderados totalizaram 35 (12,5%) incidentes, sendo que: 18 (51,4%) foram identificados no prontuário/site do laboratório (correspondendo a cultura de urina e secreção traqueal não realizadas, os pacientes evoluíram com sintomatologia e tratamento para infecção do trato urinário e do trato respiratório); oito (22,8%) na evolução e visita médica (elencados como atraso da avaliação da equipe da plástica para debridamento de úlcera e avaliação da neurologia para adequação de medicação); oito (22,8%) na evolução e visita de enfermagem, (enumerados como não realização de broncoscopia, drenos de tórax sem débito/aguardando interconsulta da cirurgia torácica, demora na liberação de concentrados de hemácias, coagulação do sistema de diálise e dieta não entregue com hipoglicemia associada); e um (3,0%) na prescrição médica (falta de um colírio prescrito e paciente evoluiu com diminuição de acuidade visual).

Nos eventos leves 241(86%) repetem-se os motivos e origens que geraram os incidentes sem danos, mas que apresentaram algum tipo de consequência para o paciente, como por exemplo, a falta de vagas na enfermagem que acarretou no mínimo 24 horas a mais de estadia na UTI sem necessidade por parte do paciente. A cada 24 horas de espera, contou-se como um novo evento leve, revelados como segue: 59 (24,5%) do total de eventos leves, identificados na evolução médica (caracterizados por traqueostomia não realizada, falta de material para procedimento, exames que não entraram no sistema informatizado, falta de vagas nas

enfermarias, não avaliação de fonoaudióloga e fisioterapia); 42 (17,6%) na visita de enfermagem (falta de material para medicação, falta de água quente para o banho, dietas não entregues); 33 (13,7%) prontuário/site do laboratório (basicamente exames de cultura de urina não realizados); 31 (12,8%) visita médica (falta de medicamentos, avaliações não realizadas – nefrologia para diálise, falta de vagas, exames indisponíveis no sistemas, traqueostomia não realizada por falta de material); 25 (10,3%) na evolução de enfermagem (dietas não entregues que acarretaram jejum, mesmo sem hipoglicemia associada; demora na liberação de sangue e atrasos na liberação de medicamentos pela farmácia); 21 (8,8%) visita e evolução médica (falta de vagas de enfermaria; ECO realizado com má qualidade da imagem, sendo necessário refazer o exame); 14 (5,8%) prescrição médica (dietas não entregues e medicação em falta); 7 (2,9%) evolução médica e evolução de enfermagem (jejuns para cirurgias que foram suspensas; falta de gasoterapia para encaminhar para exames; cânula para traqueostomia em falta); 5 (2%) na visita e evolução médica e visita e evolução de enfermagem (demora na realização do eletroencefalograma, ecocardiograma não realizado) e 4 (1,6%) evolução médica e visita de enfermagem (falta de plaquetas irradiadas, incompatibilidade sanguínea – não foi fornecido o concentrado de hemácias; cateterismo agendado e não realizado e falta de vagas).

A origem da notificação dos incidentes foi diversificada e em 30,0% das identificações, só foi possível devido à metodologia aplicada de acompanhamento das visitas médicas e de enfermagem.

**Tabela 4 – Classificação dos incidentes com dano**

Classificação	Evitável	Não evitável	TOTAL
	N (%)	N (%)	N (%)
Evento leve	241 (86,0)	0 (0,0)	241(86,0)
Evento moderado	33 (11,8)	2 (100,0)	35(12,5)
Evento grave	3 (1,1)	0 (0,0)	3(1,1)
Óbito	1 (0,4)	0 (0,0)	1(0,4)
<b>Total</b>	<b>278(99,3)</b>	<b>2(0,7)</b>	<b>280(100,0)</b>

Fonte: Resultados da Pesquisa

De todos os incidentes com dano encontrados (280) apenas dois (0,7%) podem ser considerados não evitáveis, pois estão relacionados à evolução do paciente, que apresentou pico febril de foco indeterminado e aguardava a interconsulta da cirurgia torácica e realização de broncoscopia, os demais são considerados evitáveis, cabendo ao gestor conhecer todas as



perspectivas envolvidas nos incidentes e em particular nos incidentes administrativos, para que possa reunir recursos e desenvolver estratégias para minimizá-los e estabelecer a melhoria contínua.

Em consonância com as estratégias para implantação do NSP em serviços de saúde, publicada com a RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, pode-se dizer que os resultados são expressivos e revelam um risco ainda não completamente esclarecido: as falhas administrativas relacionadas à segurança do paciente. Considerando que a segurança do paciente é de responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde, verifica-se que os resultados apresentados contribuem para o entendimento dos incidentes administrativos, bem como possibilitam o desenvolvimento de melhorias para a assistência ao paciente crítico (RDC nº 36, 2013).

## 5. CONTRIBUIÇÃO PARA A PRÁTICA

Diante de todos os resultados apresentados, fica evidente a relevância dos incidentes descritos, uma vez que 99,3% dos incidentes com danos são evitáveis, e a necessidade de uma forma de rápida identificação e registro dos incidentes administrativos, para que posteriormente, os mesmos sirvam de base para adequação de processos e implantação de melhorias.

Assim, sugerimos a criação de um *check list* para o registro principalmente, dos incidentes identificados durante a vista médica e de enfermagem, que permita confrontar a programação terapêutica sugerida para cada paciente com a realizada e identificar os motivos das possíveis não execuções, como sugerido na figura 8. Faz-se necessário também, a elaboração de relatório mensal para o gestor e envolvimento imediato, do gestor e alta liderança, nos casos de incidentes com danos moderados e graves. O instrumento deverá ser elaborado com a participação de todos os profissionais da área da saúde, ampliando sua cobertura de identificação de incidentes, possibilitando o gerenciamento do risco.

Desse modo, salientamos a necessidade da participação do gestor em saúde no acompanhamento das mudanças na demanda por cuidados críticos, adequando processos, pessoal, insumos, equipamentos e leitos, dentre outras medidas, de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados aos pacientes críticos e também reduzindo custos, enfim aprimorando a assistência à saúde.

Check List Multidisciplinar							
Identificação do paciente							
Diagnóstico atual							
Prognóstico							
Intervenção terapêutica	Data: / /	Data: / /	Data: / /		Data: / /	Data: / /	Data: / /
Dispositivos invasivos a serem retirados	( ) sim ( ) não ( ) novo dispositivo	( ) sim ( ) não ( ) novo dispositivo	( ) sim ( ) não ( ) novo dispositivo	Avaliações Solicitadas	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____
Antibióticoterapia	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo	Avaliações realizadas	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____
Droga Vasomotora	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo	Procedimentos programados e realizados	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____
Analgesia contínua	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo	Observações:			
Sedação	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo				
Medicação de Alta Vigilância	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo				
Quimioterápico	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo				
Imunossupressor	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo	( ) sim ( ) não ( ) novo				
Todos os itens da Prescrição administrados	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____				
Dieta administrada	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____				
Exames laboratoriais colhidos	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____				
Resultados dos exames laboratoriais	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____				
Exames de imagem solicitados	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____				
Exames de imagem realizados	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____				
Resultados dos exames de imagem liberados	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____				
Transporte	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	Carimbo e assinatura do profissional que preencheu:			
Substituição renal	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____	( ) sim ( ) não ( ) Obs.: _____				

Figura 8 – Sugestão de Check List  
 Fonte: Elaborado pela autora

## 6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A inquietação em relação à segurança do paciente traduzida como qualidade dos serviços de saúde, em especial, nas unidades de terapia intensiva, que são ambientes de maior vulnerabilidade a incidentes de segurança ao paciente, tem sido alvo de vários pesquisadores que identificaram e definiram os eventos decorrentes de ações assistenciais. Mas, infelizmente, essa não é a única fonte de incidentes que podem ocasionar danos aos pacientes.

Os incidentes administrativos ocupam uma pequena, porém, importante parcela do total de incidentes (6,94%), ocorrendo em processos que interferem diretamente na assistência prestada, podendo gerar danos graves e até a morte.

Os incidentes administrativos são encontrados registrados em diversas partes do prontuário do paciente, como parte da rotina assistencial, sendo necessária uma busca ativa para sua identificação. O que dificulta, além da identificação imediata, a elaboração de planos de ação que corrijam os processos, minimize os incidentes e possam preveni-los, na busca da excelência da qualidade. Porém 30% dos incidentes evidenciados são mencionados, somente, nas vistas médicas e de enfermagem, não havendo a formalidade do registro, o que torna impossível a sua identificação, se não houver uma forma de registro para o que é nessas visitas.

Quando vislumbramos as variáveis que demonstraram forte correlação entre ocorrências dos incidentes com processos administrativos, a carga de trabalho da enfermagem foi relevante como elemento de interferência no desfecho dos casos e aumento do tempo de internação. Cabe salientar que esta pesquisa é parte de um estudo amplo prospectivo, com foco em questões de segurança do paciente em terapia intensiva e que comprovou a relação entre infecções associadas à internação e sobrecarga de trabalho de enfermagem.

Este estudo apresenta limitações quanto à coleta e análise dos dados relacionados aos incidentes que não foram eventualmente registrados em prontuários ou citados nas visitas médicas e de enfermagem, o que pode subestimar tais incidentes, principalmente aqueles inerentes aos processos administrativos, que na maioria das vezes são apenas mencionados verbalmente, pois, por falta de conhecimento, ou falta de padronização de notificação dessas ocorrências podem acarretar em falta do registro dos mesmos.

A pesquisa foi realizada em uma única instituição, e, portanto os dados obtidos podem ser diferentes dos observados em outras instituições. O rastreamento das reinternações somente foi realizado nas UTIs do estudo.

Estudos subsequentes, em instituições distintas, são necessários para identificar perfis de incidentes, bem como testar o instrumento proposto.

## REFERÊNCIAS

- Acierno, L. J., & Worrell, T.,M.P.H. (2007). Peter Safar: Father of Modern Cardiopulmonary Resuscitation. *Clinical Cardiology*, 30(1), 52–54.
- Amaral, A. C. K. B., & Rubinfeld, G. D. (2009). The future of critical care. *Current Opinion in Critical Care*, 15(4), 308-313.
- Andolhe, R. (2013). *Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2013). Rede Sentinela. Recuperado em 10 de janeiro de 2015, de <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/comercializacao/rede-sentinela>
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (2009). *Relatório de Unidade de Terapia Intensiva*. Recuperado em 22 junho, 2014, de <http://www.amib.org.br/ceno-amib/relatorio-de-unidades-de-terapia/>
- Branquinho, N. C., & De Camargo Silva, A. E. B. (2014). Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. *Enfermería Global*, 33(1), 349-361.
- Chang, A., Schyve, P. M., Croteau, R. J., O’leary, D. S., & Loeb, J. M. (2005). The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal Quality in Health Care*, 17(2), 95-105.
- Charlson, M. E.; Pompei, P., Ales, K. L. & Mackenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383.
- Cecchetto, F. H., Fachinelli, T. S., & Souza, E. N. (2010). Iatrogenia ou evento adverso: percepção da equipe de enfermagem. *Rev enferm UFPE*, 4(3), 1377-1383.
- Datasus. (2014). D.O.U. Recuperado em 24 junho, 2014, de [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp)
- Dias, M. A. E., Martins, M., & Navarro, N. (2012). Rastreamento de resultados adversos nas internações do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46(4), 719-729.
- Escrivão, A. Jr. (2011). A epidemiologia e o processo de assistência à saúde. G. Vecina Neto & A. Malik. In *Gestão em saúde*. (Parte 1. Cap. 2, pp15-31). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Feldman, L. B., Gatto, M. A., & Cunha, I. C. K. O. (2005). História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(2), 213-9.

- Fernandes, S. H., Pulzi, S. A. Jr., & Costa, R. (2010). Qualidade em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8(1), 37-45.
- Forster, A. J., Rose, N. G., van Walraven, C., & Stiell, I. (2007). Adverse events following an emergency department visit. *Quality and Safety in Health Care*, 16(1), 17-22.
- Gallotti, R. M. D., Costa, S. F., Guimarães, T., Padilha, K. G., Inoue, E. N., Vasconcelos, T. N., Santos, E.V. & Levin, A. S. (2012). Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study. *PloS one*,7(12), e52342.
- Gil, A. C. (2002). Como classificar as pesquisas. São Paulo: Atlas, 2002. *Como elaborar projetos de pesquisa*, 4, 41-56.
- Gonçalves, L.A., Andolhe, R., Oliveira, E.M., Barbosa, R.L., Faro, A.C., Gallotti, R.M. & Padilha, K.G. (2012). Nursing allocation and adverse events/incidents in intensive care units. *Rev Esc Enferm USP*, 46(Esp), 71-7.
- Gonçalves, L.A., Garcia, P.C., Toffoleto, M.C., Telles, S.C.R., & Padilha, K.G. (2006). Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 56-60.
- Halpern, N.A., & Pastores, S.M. (2010). Critical care medicine in the united States 2000-2005: an analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs. *Critical Care Medicine*, 38 (1), 65-71.
- Jeronimo, R.A.S. (2011). Unidade de Terapia Intensiva – Histórico e Contexto Atual. Jeronimo, R. A. S. In *Técnicas de UTI*. 2. ed., PP.9-18. São Paulo, Rideel.
- Johnston, R., Clark, G., Brandão, A. B., & Corrêa, H. L. (2002). *Administração de operações de serviço*. São Paulo. Atlas.
- Justa, M. G. E. G., & Malik, A. M. (2013). Perspectivas diferentes, ferramentas diferentes. Anais SIMPOI, São Paulo.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818-829.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (1999). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 627). National Academies Press.
- Lagioia, U. C. T., Falk, J. A., Ribeiro Filho, J. F., Libonati, J. J., & Lopes, J. E. G. (2008). A gestão por processos gera melhoria de qualidade e redução de custos: o caso da unidade de ortopedia e traumatologia do hospital das clínicas da universidade federal de Pernambuco. *Revista de Contabilidade & Finanças*, 19(48), 77-90.
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Herbert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. & Hiatt, H. (1991). The nature of adverse events in

hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 324(6), 377-384.,

Le Gall, J. R., Lemeshow, S., Saulnier, F. (1993). A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *Jama*, 270(24), 2957-2963.

*Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990* (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Recuperada em 30 abril, 2014, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

Leitão, I. M. T. D. A., Oliveira, R. M., Leite, S. D. S., Sobral, M. C., Figueiredo, S. V., & Cadete, M. C. (2013). Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste- Rev Rene*, 14(6), 1073-83.

Lino, M. M., & Silva, S. C. D. (2001). Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing (São Paulo)*, 4(41), 25-29.

Malik, A. M., & Schiesari, L. M. C. (2011). Qualidade e acreditação. Vencina Neto, G. & Malik, A. M. In *Gestão em saúde*. (Parte 4. Cap. 1, pp.325-328). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. (5a ed). São Paulo: Atlas.

Martins, G. A.; Theóphilo, C.R (2009). Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas. São Paulo. Atlas, v. 2.

Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S., & Travassos, C. (2009). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 279-284.

Melara, S. V., Beccaria, L. M., Carta, A., & Contrin, L. M. (2006). Motivação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Arq Ciênc Saúde*, 13(3), 61-69.

Mesmar, M., Shatnawi, N. J., Faori, I., & Khader, Y. S. (2011). Reasons for cancellation of elective operations at a major teaching referral hospital in Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(8).

Miranda, D. R., Nap, R., Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., & members of the TISS Working Group. (2003). Nursing activities score. *Critical Care Medicine*. 31(2), 374-382.



- Nascimento, C. C. P., Toffoletto, M. C., Gonçalves, L. A., Freitas, W. G., & Padilha, K. G. (2008). Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 16(4), 746-51.
- Nogueira, L. S., Santos, M. R., Mataloun, S. E., & Moock, M. (2007). Nursing Activities Score: comparação com o índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(3), 327-330.
- Novaretti, M. C. Z., Gallotti, R. M. D., & Lapchik, M. S. (2013) identificando os riscos da sobrecarga de trabalho da enfermagem na gestão de pacientes críticos. Anais SIMPOI, São Paulo.
- Novaretti, M. C. Z., Quiterio, L. M., Santos, E. V., & Daud-Gallotti, R. M. (2014). Sobrecarga de trabalho da enfermagem relacionada a incidentes e a eventos adversos em pacientes internados em UTI. *Revista Brasileira de Enfermagem* (no prelo).
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Conceptual framework for the international classification for patient safety* (Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, Trad.) Rio de Janeiro: Direção Geral da Saúde. (Obra original publicada em 2009).
- Oliveira, A. B. F., Dias, O. M., Mello, M. M., Araújo, S., Dragosavac, D., Nucci, A., & Falcão, A. L. E. (2010). Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(3), 250-256.
- Paiva, M. C. S., Paiva, S. A. R., & Berti, H. W. (2010). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 44(2), 287-94.
- Pavão, A. L. B., Andrade, D., Mendes, W., Martins, M., & Travassos, C. (2011). Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. *Rev Bras Epidemiol*, 14(4), 651-61.
- Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002 (2002). Ministério da Saúde. Brasil. D.O.U. Recuperada em 30 abril, 2014, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>
- Porto, S., Martins, M., Mendes, W., & Travassos, C. (2010). A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 74-80.
- Queijo A. C. & Padilha, K. G. (2004). Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nurse Activie Escore (NAS). *Revista Paulista de Enfermagem. São Paulo*, 23(2): 114-122.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Bmj*, 320(7237), 768-770.

- Resolução Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo Nº 170, de 6 de novembro de 2007* (2007). Brasil. D.O.U. Recuperado em 05/04/2014 de [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/crmsp/resolucoes/2007/170\\_2007.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/crmsp/resolucoes/2007/170_2007.htm)
- Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002* (2002). Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União. Recuperado em 05 abril, 2014, de <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2050-2002.pdf>
- Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 7, de 25 de fevereiro de 2010*, (2010). Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasil. D.O.U. Recuperado em 13 maio, 2014, de <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC-7 ANVISA%20240210.pdf>
- Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013*, (2013). Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasil. D.O.U. Recuperado em 29 novembro, 2014, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde—um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029-2036.
- Ribeiro, C. G., Silva, C. V. N. S., & Miranda, M. M. (2005). O paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9(4), 371-377.
- Rothschild, J. M., Landrigan, C. P., Cronin, J. W., Kaushal, R., Lockley, S. W., Burdick, E., Stone, P. H., Lilly, C. M., Katz, J. T., Czeiler, C. A., & Bates, D. W. (2005). The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Critical Care Medicine*, 33(8), 1694-1700.
- Schofield, W. N., Rubin, G. L., Piza, M., Lai, Y. Y., Sindhusake, D., Fearnside, M. R. & Klineberg, P. L. (2005). Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *Med J Aust*, 182(12), 612-615.
- Silva, J.M.S., Pimentel, M. I. C., da Silva, M. C., Araújo, R. D. J. P., & Barbosa, M. C. G. (2008). Perfil dos Pacientes da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. *Revista do Hospital Universitário/UFMA*, 9(2), 37.
- Souza, S. R. D. O., Silva, C. A. D., Mello, Ú. M. D., & Ferreira, C. N. (2006). Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva; Aplicación de indicadores subjectivos de calidad en Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 201-205.

- Souza, N. V. D. D. O., Mauricio, V. C., Marques, L. G., Mello, C. V. D., & Leite, G. F. P. (2010). Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(1), 82-87.
- Vecina Neto, G. (2011). Serviços de assistência direta ao paciente. G. Vecina Neto, & A. Malik. In *Gestão em saúde*. (Parte 3. Cap. 1, pp.209-229). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Thiollent, M.(2008). Metodologia da Pesquisa-Ação. São Paulo. Cortez.
- Toffoletto, M. C. (2008). *Fatores associados aos eventos adversos em unidade de terapia intensiva*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa*, 31(3), 443-466.
- Trujillo, F. A. (1982). *Metodologia da pesquisa científica*. São Paulo. McGraw-Hill do Brasil.
- Viana, R. A. P. P., & Whitaker, I. Y. (2011). Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. Gomes, A. M. *Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências*. (Cap. 1 pp.21-25). São Paulo. Artmed.
- Zanella, L. C. H. (2009). *Metodologia de estudo e de pesquisa em administração*. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC.

## Apêndice 1

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/200

No. IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ INTERNADO NA UTI

# FOLHA DE ADMISSÃO

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO - ETIQUETA

Idade -----anos

Data nascimento----/-----/-----

Sexo M( ) F( )

- PROVENIÊNCIA: PS\_\_\_\_( ) ENF\_\_\_\_( ) CC( ) OUTRO RECURSO\_\_\_\_\_
  - DATA INTERNAÇÃO NA UTI\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs
  - DATA DE INTERNAÇÃO NO SERVIÇO DE ORIGEM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs
  - **CONDIÇÃO DE SAÍDA**
- a) VIVO ( ) DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TRANSFERÊNCIA ( ) QUAL\_\_\_\_\_
- b) ÓBITO ( ) DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_h

### II) DADOS DE ADMISSÃO

DADOS DE ADMISSÃO	
a) Internação prévia em qualquer recurso nos últimos 30 dias	Sim ( ) -> No HC ( ) outro recurso ( ) Não ( )

CONDIÇÃO CLÍNICA NA ADMISSÃO NA UTI- se estiver calculado, marcar o valor	
b) APACHE II	
d) SOFA da data da admissão na UTI	

DIAGNÓSTICOS DE INTERNAÇÃO NA UTI	

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/200

No. IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ INTERNADO NA UTI

## FOLHA DE ADMISSÃO

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO - ETIQUETA

<b>COMORBIDADES –</b>	Ausentes -----0
ESCALA DE CHARLSON MODIFICADA	Presente -----1 a 32
<b>CATEGORIA DIAGNÓSTICA</b>	<b>PESO</b>
Demência	1 ( )
Diabetes Mellitus com Complicações Crônicas	1 ( )
Diabetes Mellitus Leve ou Moderado	1 ( )
Disfunção Hepática	1 ( )
Doença Cerebrovascular	1 ( )
Doença Pulmonar Crônica	1 ( )
Doença Renal	2 ( )
Doença Vascular Periférica /Hipertensão	1 ( )
Falência Hepática Moderada ou Grave	3 ( )
Hemiplegia ou Paraplegia	2 ( )
Infarto Do Miocárdio	1 ( )
Insuficiência Cardíaca Congestiva	1 ( )
Neoplasias Malignas, Incluindo Leucemias e Linfomas	2 ( )
Patologias Reumatológicas	1 ( )
Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida	6 ( )
Tumor Sólido Metastático	6 ( )
Úlcera Péptica	1 ( )

## Parâmetros Gravidade

<b>PARÂMETROS</b>		----/---	----/---	----/---	----/---	----/---	----/---	----/---
<b>Pontuação Glasgow</b>	min							
	max							
<b>Temperatura</b>	min							
	max							
<b>FC (bpm)</b>	min							
	max							
<b>PASist (mmHg)</b>	min							
	max							
<b>PaO2 Fi O2</b>	min							
	corresp							
<b>Pressão arterial média</b>	min							
	max							
<b>Dopamina Dose MAX</b>	ug/Kg/min							
	ml/h e conc							
<b>Dobutamina Dose MAX</b>	ug/Kg/min							
	ml/h e conc							
<b>Adrenalina Dose MAX</b>	ug/Kg/min							
	ml/h e conc							
<b>Noradrenalina Dose MAX</b>	ug/Kg/min							
	ml/h e conc							
<b>Plaquetas</b>	min							
	max							
<b>Leucócitos</b>	min							
	max							
<b>Sódio</b>	min							
	max							
<b>Potássio</b>	min							
	max							
<b>Bicarbonato Sérico</b>	min							
	max							
<b>Creatinina sérica</b>	min							
	max							
<b>Uréia sérica</b>	min							
	max							
<b>Bilirrubinas totais(dir+ind)</b>	min							
	max							
<b>Débito urinário ml/24hs</b>								
<b>SOFA</b>								
<b>APACHE</b>								

INTERVENÇÕES HOSPITALARES							
TIPO/DATA	--/--- 200_	--/--- 200_	--/--- 200_	--/--- 200_	--/--- 200_	--/--- 200_	--/--- 200_
<b>Marcar o número de ocorrências</b>							
Número de folhas de prescrição abertas nas últimas 24 hs							
Número de medicações e soros prescritos nas últimas 24 hs todos							
Transporte para fora da UTI (exceto alta) número de vezes							
<b>Marcar SIM ou NÃO</b>							
Drogas vasoativas							
Medicação em bomba de infusão							
Reanimação cardiopulmonar							
Desfibrilação							
Cardioversão							
Passagem de Marca passo Transcutâneo/venosos							
Resfriamento							
Aquecimento							
Arteriografia							
Cirurgias							
Aspiração de secreções							
Hemodialis clássica							
Hemodialis lenta							
Hemofiltração							
Diálise Peritoneal							
Aféreses							
Drenagens Local							
Broncoscopia							
Endoscopia Digestiva							

Cateter de PAM							
Local							
Cateter sanguíneo central de curta permanência Lúmen 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )							
Cateter sanguíneo central de longa permanência Semi-implantável ( ) implantável ( )							
Cateter sanguíneo Periférico							
Intubação							
Traqueostomia							
Ventilação mecânica							
Ventilação não invasiva BiPAP							
Ventilação Não Invasiva CPAP							
Cabeceira elevada							
Sonda Nasogástrica ou Sonda Enteral							
Dieta por SNG							
Dieta parenteral							
Albumina							
Crioprecipitado							
Papa de Hemáceas							
Plaquetas							
Plasma							
Sangue Total							
Imunoglobulina							
Interferon							
Radioterapia							
Quimioterapia							
Sonda vesical							



**INTERCONSULTAS DURANTE A PERMANÊNCIA NA UTI:**

<b>Clínica</b>	<b>Data da solicitação</b>	<b>Data da realização da interconsulta</b>	<b>Conduta. sugerida</b>	<b>Conduta foi acatada? Sim ou não</b>	<b>Entrevistador</b>

## FOLHA DE ADMISSÃO E SEGUIMENTO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO – ETIQUETA

QUALIDADE DOS REGISTROS: **L=Legível**    **A=Assinatura Profissional**

Documento (único)

L            A

Ficha de Pronto-Socorro

Adenda de Internação na UTI

Termo de Responsabilidade

Resumo Clínico de Alta da UTI/Óbito na UTI

Datas															
L=Legível A=Assinatura Profissional		L	A	L	A	L	A	L	A	L	A	L	A	L	A
Evolução Clínica															
Prescrição médica	Manual														
	Digitada														
Registro de Exames															
Sistematização de Assist <sup>ª</sup> da Enf <sup>em</sup>															
Descrição Cirúrgica															
Ficha de Anestesia															
Avaliação Fisioterápica															
Avaliação Fonoterápica															
Datas															
L=Legível A=Assinatura Profissional		L	A	L	A	L	A	L	A	L	A	L	A	L	A
Evolução Clínica															
Prescrição médica	Manual														
	Digitada														
Registro de Exames															
Sistematização de Assist <sup>ª</sup> da Enf <sup>em</sup>															
Descrição Cirúrgica															
Ficha de Anestesia															
Avaliação Fisioterápica															

<b>Avaliação Fonoterápica</b>														

## Apêndice 2

### FORMULÁRIO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE EAS

**EVENTO ADVERSO** - complicação do cuidado que acarretou **LESÃO** no paciente afetado, ou determinou aumento do tempo de internação ou ocasionou a morte

**INCIDENTE** - complicação do cuidado que não acarretou lesão mensurável no paciente afetado

Hipoglicemia – dextro < 70 mg/dl; GLICEMIA < 60 mg/dl

	DATA	HORÁRIO do evento ou incidente	DESCRIÇÃO	FONTE: PRONTUÁRIO M-med E-enf O-outros

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20

No. IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ INTERNADO NA UTI CM ( ) PS ( ) PNEUMO ( )

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO – ETIQUETA

### FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DE VISITAS ENFERMAGEM- REGISTRO DE “PROBLEMAS”

	DATA	HORÁRIO da visita M manhã N noite	DESCRIÇÃO



DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20

No. IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ INTERNADO NA UTI CM( ) PS( ) PNEUMO ( )

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO – ETIQUETA

### FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO ESPONTÂNEA DE EAS E INCIDENTES

DATA	HORÁRIO do evento ou incidente	DESCRIÇÃO

### CATEGORIZAÇÃO DE EVENTO ADVERSO/INCIDENTE

CAUSA IMEDIATA POTENCIAL		___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
		200__	200__	200__	200__	200__	200__
<b>Preparo e administração de Medicamentos</b>	Horário da medicação não checado						
	Dose ou concentração erradas						
	Medicamento errado						
	Técnica errada						
	Via de administração errada						

<b>CAUSA IMEDIATA POTENCIAL</b>		<u>    </u> / <u>    </u>	<u>    </u> / <u>    </u>	<u>    </u> / <u>    </u>	<u>    </u> / <u>    </u>	<u>    </u> / <u>    </u>	<u>    </u> / <u>    </u>
		200__	200__	200__	200__	200__	200__
	Horário errado						
	Paciente errado						
	Medicamento vencido						
	Aprazamento errado						
<b>Transfusões</b>							
<b>Seguimento da prescrição enfermagem</b>							
<b>Comunicação/interação entre profissionais</b> atritos e discordâncias nas condutas							
<b>Falhas no registro no prontuário</b>	Médico						
	Enfermagem						
	Fisio						
	Fono						
<b>Quedas</b>	Cama						
	Maca						
	Cadeira						
	Própria altura/ incluir durante o transporte						
<b>Arteriografia</b>	-----						
<b>Hemodiálise</b>	Cateter						
	Procedimento						
<b>Diálise Peritoneal</b>	Cateter						
	Procedimento						

CAUSA IMEDIATA POTENCIAL		/	/	/	/	/	/	
		200__	200__	200__	200__	200__	200__	
<b>Drenos</b> Tipo:	Obstrução							
	Retirada não programada pelo próprio paciente							
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem							
	Retirada não programada durante procedimentos médicos							
	Retirada não programada durante transporte							
	Localização:	Retirada não programada durante RX no leito ou outros exs						
		Retirada não programada por manuseio de outros profissionais						
		Desconexão						
		Clampeamento						
		Sangramento						
		Fixação incorreta						
<b>Tubo endotraqueal</b> Orotraqueal Nasotraqueal Traqueostomia	Obstrução							
	Retirada não programada pelo próprio paciente							
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem							
	Retirada não programada durante procedimentos médicos							



<b>CAUSA IMEDIATA POTENCIAL</b>		<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__
	Retirada não programada durante transporte						
	Retirada não programada durante RX no leito ou outros exs						
	Retirada não programada por manuseio de outros profissionais						
	Desconexão						
	Posição Incorreta - Deslocamento						
	Fixação incorreta						
	Sangramento						
<b>Máscara facial VNI</b>	Retirada não programada pelo próprio paciente						
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem						
	Retirada não programada durante transporte						
	Retirada não programada durante RX no leito ou outros exs						
	Retirada não programada por manuseio de outros profissionais						
	Desconexão						
	Posição incorreta						
	Fixação incorreta						
<b>Sonda</b> <b>Orogástrica ( )</b> <b>Nasogástrica ( )</b> <b>Gastrotomia ( )</b> <b>Jejunoscopia ( )</b>	Obstrução						
	Retirada não programada pelo próprio paciente						
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem						
	Retirada não programada durante procedimentos médicos						
	Retirada não programada durante transporte						

<b>CAUSA IMEDIATA POTENCIAL</b>		<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	
	Retirada não programada durante RX no leito ou outros exs							
	Retirada não programada por manuseio de outros profissionais							
	Posição Incorreta - Deslocamento							
	Fixação incorreta							
	Clampeamento							
<b>Sondagem vesical de demora ( )</b>	Obstrução							
	Retirada não programada pelo próprio paciente							
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem							
	Retirada não programada durante procedimentos médicos							
	Retirada não programada durante transporte							
	Retirada não programada durante RX no leito ou outros exs							
	Ureterostomia ( )	Retirada não programada por manuseio de outros profissionais						
		Mensuração incorreta do débito						
	Ciclostomia ( )	Posição Incorreta - Deslocamento						
		Fixação incorreta						
		Clampeamento						
		Sangramento						
Alarme desconsiderado								

<b>CAUSA IMEDIATA POTENCIAL</b>		<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__
<b>Bomba de infusão</b>	Programação errada						
	Mal funcionamento						
	Alarme não acionado						
	Clampeamento inadvertido						
	Falha integridade do circuito						
	Velocidade de infusão errada						
<b>Monitor</b>	Eletrodos soltos						
	Retirada não programada pelo próprio paciente						
	Retirada não programada durante procedimentos de enfermagem						
	Retirada não programada durante procedimentos médicos						
	Desconexão não programada durante RX no leito ou outros exs						
	Desconexão não programada durante por manuseio de outros profissionais						
	Retirada não programada durante transporte						
	Alarme não acionado						
	Alarme desconsiderado						
	Mal funcionamento						
<b>Exames laboratoriais ( )</b>	Exame não marcado						
	Exame agendado não realizado						
	Solicitação de exame extraviada						

<b>CAUSA IMEDIATA POTENCIAL</b>		<u>  /  </u>	<u>  /  </u>	<u>  /  </u>	<u>  /  </u>	<u>  /  </u>	<u>  /  </u>
		200__	200__	200__	200__	200__	200__
<b>Exames imagem ( )</b>  <b>Radioterapia ( )</b>	Amostra extraviada antes de dar entrada no laboratório						
	Amostra extraviada após dar entrada no laboratório						
	Resultado de exame extraviado						
	Demora na liberação de resultado de exame pelo sistema						
	Identificação trocada						
	Paciente trocado (mudança de leito)						
<b>Transporte</b>	Paciente instável						
	Sem acompanhamento médico						
	Sem acompanhamento da enfermagem						
	Paciente deixado desacompanhado fora da UTI enquanto aguarda ou realiza o exame						
	Não acompanhamento da gasoterapia						
<b>Cirurgias</b>	Cirurgia não agendada						
	Cirurgia agendada não realizada						
	Falta de sala, falta de anestesista						
	Aviso de cirurgia extraviado						
	Complicações intra-operatórias						
	Cirurgia de lado errado, órgão errado, paciente errado						

<b>CAUSA IMEDIATA POTENCIAL</b>		<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__	<u>  /  </u> 200__
	Complicações no pós-operatório imediato						
	Complicações no pós-operatório tardio						
	Complicações relacionadas à sedação/anestesia						
<b>Seguimento Médico</b>	Falhas no diagnóstico						
	Falhas relacionadas ao tratamento						
	Falhas no controle da dor						
	Falhas relacionadas ao acompanhamento diário e monitoramento						
	Falhas relacionadas ao aquecimento/ resfriamento						
	AVC, IAM, TEP/TVP, Arritmia, Sangramento durante a internação (não sendo as causas da internação na UTI).						
	Problemas relacionados à analgesia/sedação						
	Hipoglicemia						

### Apêndice 3

#### AS “AVALIAÇÃO DIÁRIA ”

<b>1 Monitorização e Controles</b>		--/--	--/--	--/--
1a	Sinais vitais horários, cálculo e registo regular do balanço hídrico <b>MENOS DE 2 HORAS</b> .			
1b	Presença à beira do leito e observação contínua ou ativa por <b>2 ATÉ 4 HS (EXCLUSIVE)</b> ou mais em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como: ventilação mecânica não invasiva, desmame, agitação, confusão mental, posição prona, procedimentos de doação de órgãos, preparo e administração de fluidos ou medicação, auxílio em procedimentos específicos.			
1c	Presença à beira do leito e observação contínua ou ativa <b>POR 4 HORAS OU MAIS</b> em algum plantão por razões de segurança, gravidade ou terapia, tais como os exemplos acima.			
<b>2</b>	Investigações laboratoriais: bioquímicas e microbiológicas.			
<b>3</b>	Medicação, exceto drogas vasoativas.			

<b>4</b>	<b>Procedimentos de higiene</b>			
4a	Realização de procedimentos de higiene tais como: curativo de feridas e cateteres intravasculares, troca de roupa de cama, higiene corporal do paciente em situações especiais (incontinência, vômito, queimaduras, feridas com secreção, curativos cirúrgicos complexos com irrigação), procedimentos especiais (p. ex. isolamento) etc. <b>MENOS DE 1 HORA</b>			
4b	Realização de procedimentos de higiene que durem mais do que <b>1 HORA ATE 2 HORAS (EXCLUSIVE)</b> , em algum plantão.			
4c	Realização de procedimentos de higiene que durem <b>2 HORAS OU MAIS</b> em algum plantão.			
<b>5</b>	Cuidados com drenos. Todos (exceto sonda gástrica).			
<b>6</b>	<b>Mobilização e posicionamento</b> incluindo procedimentos tais como: mudança de decúbito, mobilização do paciente; transferência da cama para a cadeira; mobilização do paciente em equipe (p. ex. paciente imóvel, tração, posição prona).			
6a	Realização do(s) procedimento (s) <b>ATÉ 3 VEZES EM 24 HS</b> .			
6b	Realização do(s) procedimento(s) <b>MAIS DO QUE 3 VEZES EM 24 HS OU COM 2 ENFERMEIROS</b> em qualquer frequência.			
6c	Realização do(s) procedimento(s) com <b>3 OU MAIS ENFERMEIROS EM QUALQUER FREQUÊNCIA</b> .			
<b>7</b>	<b>Suporte e cuidados aos familiares e pacientes</b> incluindo procedimentos tais como telefonemas, entrevistas, aconselhamento. Frequentemente, o suporte e cuidado, sejam aos familiares ou aos pacientes permitem a equipe continuar com outras atividades de enfermagem (p. ex: comunicação com o paciente durante procedimentos de higiene, comunicação com os familiares enquanto presente à beira do leito observando o paciente).			

7a	<b>Suporte e cuidado aos familiares e pacientes</b> que requerem <u>dedicação exclusiva</u> por <b>ATÉ 1 HORA (INCLUSIVE)</b> em algum plantão tais como: explicar condições clínicas, lidar com a dor e angústia, lidar com circunstâncias familiares difíceis.			
7b	<b>Suporte e cuidado aos familiares e pacientes</b> que requerem <u>dedicação exclusiva</u> por <b>MAIS DE 1 HORA</b> ou mais em algum plantão tais como: morte, circunstâncias especiais( p. ex. grande número de familiares, problemas de linguagem, familiares hostis).			
<b>8</b>	<b>Tarefas administrativas e gerenciais</b>			
8a	Realização de tarefas de rotina tais como: processamento de dados clínicos, solicitação de exames, troca de informações profissionais (TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO DIRETO AO PACIENTE, passagem de plantão, visitas clínicas) <b>POR MENOS DE 1 HORA.</b>			
8b	Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem <u>dedicação integral</u> por <b>1 HORA ATÉ 2 HORAS (EXCLUSIVE)</b> em algum plantão tais como: atividades de pesquisa, aplicação de protocolos, procedimentos de admissão e alta.			
8c	Realização de tarefas administrativas e gerenciais que requerem <u>dedicação integral</u> por <b>2 HORAS OU MAIS</b> em algum plantão tais como: morte e procedimentos de doação de órgãos, coordenação com outras disciplinas.			
<b>9</b>	Suporte respiratório: Qualquer forma de ventilação mecânica/ventilação assistida com ou sem pressão expiratória final positiva, com ou sem relaxantes musculares; respiração espontânea com ou sem pressão expiratória final positiva (e.g. CPAP ou BiPAP), com ou sem tubo endotraqueal; oxigênio suplementar por qualquer método.			
<b>10</b>	Cuidado com vias aéreas artificiais. Tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.			
<b>11</b>	Tratamento para melhora da função pulmonar. Fisioterapia torácica, espirometria estimulada, terapia inalatória, aspiração endotraqueal.			
<b>12</b>	Medicação vasoativa, independente do tipo e dose.			
<b>13</b>	Reposição intravenosa de grandes perdas de fluidos. Administração de fluidos <b>MAIOR OU IGUAL A 4,5l DE REPOSIÇÃO EXTRA ALÉM DO SORO DE MANUTENÇÃO</b> , independente do tipo de fluido administrado.			
<b>14</b>	Monitorização do átrio esquerdo. Cateter da artéria pulmonar com ou sem medida do débito cardíaco.			
<b>15</b>	Reanimação cardiorespiratória nas últimas 24 hs (excluído soco precordial).			
<b>16</b>	Técnicas de hemofiltração. Técnicas dialíticas. <b>EXCETO HEMO LENTA</b>			
<b>17</b>	Medida quantitativa do débito urinário (p. ex. por sonda vesical de demora).			

<b>18</b>	Medida da pressão intracraniana.				
<b>19</b>	Tratamento da acidose / alcalose metabólica complicada. <b>ADMISNISTRAÇÃO DE BICARBONATO DE SÓDIO POR VIA INTRAVENOSA PARA CORRIGIR ACIDOSE METABÓLICA</b>				
<b>20</b>	Nutrição Parenteral Total				
<b>2T1</b>	Alimentação enteral por sonda gástrica ou outra via gastrointestinal (p. ex. jejunostomia).				
<b>22</b>	Intervenção(ões) específica(s) na unidade de terapia intensiva. Intubação endotraqueal, AFERESSES, RESFRIAMENTO, AQUECIMENTO, inserção de marcapasso, cardioversão, endoscopias, cirurgia de emergência nas últimas 24 hs, lavagem gástrica. Não estão incluídas intervenções de rotina sem consequências diretas para as condições clínicas do paciente, tais como: radiografias, ecografias, eletrocardiogramas, curativos ou inserção de cateteres venosos ou arteriais.				
<b>23</b>	Intervenções específicas fora da unidade de terapia intensiva. Procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos.				

**Os subitens dos itens 1,4, 6, 7 e 8 são mutuamente exclusivos**



Data E=Escalados A=Ausentes R=Remanejados (+ ou -)		____/____			____/____			____/____			____/____		
	Equipe de Enfermagem	E	A	R	E	A	R	E	A	R	E	A	R
<b>Manhã</b> <b>(7-13h)</b>	Enfermeira Administrativa												
	Enfermeira Assistencial												
	Auxiliar de Enfermagem												
	Outros												
<b>Total de pacientes por plantão</b>													
<b>Tarde</b> <b>(13-19h)</b>	Enfermeira Administrativa												
	Enfermeira Assistencial												
	Auxiliar de Enfermagem												
	Outros												
<b>Total de pacientes por plantão</b>													
<b>Noite</b> <b>(19-7h)</b>	Enfermeira Administrativa												
	Enfermeira Assistencial												
	Auxiliar de Enfermagem												
	Outros												
<b>Total de pacientes por plantão</b>													

## **Anexo**