

Manual Digital com Indicadores para o Monitoramento da Gestão de Riscos Assistenciais em Pediatria



Moema Diogo Pompeu Bezerra
Maria Raquel Rodrigues Carvalho
Geziel dos Santos de Sousa

Este Manual Digital com Indicadores para o Monitoramento da Gestão de Riscos Assistenciais em Pediatria, foi criado como produto da Dissertação intitulada: Manual digital com indicadores de gestão de riscos assistenciais em pediatria: construção e evidência de validade, aprovada por uma banca examinadora para o Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – MEPGES – UECE.

Ano: 2023

Autor: Moema Diogo Pompeu Bezerra e Maria Raquel Rodrigues Carvalho

Orientador(a): Prof. Dr. Geziel dos Santos de Sousa



Fortaleza
2023

Sobre as Autoras

Moema Diogo Pompeu Bezerra

Especialista em Auditoria e Enfermagem Médico Cirúrgica pela Universidade Estadual do Ceará; Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Fundação Oswaldo Cruz; Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto; MBA Executivo em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas; Mestranda em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

Contato: moema.diogo@aluno.uece.br

Maria Raquel Rodrigues Carvalho

Enfermeira. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Possui especialização em: Auditoria em Serviços de Saúde Pública e Privada; e Enfermagem Obstétrica. Integrou o corpo docente do Curso de Graduação em Enfermagem atuando nas disciplinas Enfermagem em Saúde da Mulher e Enfermagem em Saúde Mental, na UECE. Atualmente, está como Assessora Executiva da Secretária de Saúde do Estado do Ceará e Professora do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde (MEPGES).

Geziel dos Santos de Sousa

Graduação em Bacharelado em Geografia. Pós-doutorado em andamento, PPSAC/UECE, Doutor em Saúde Coletiva e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, bacharel em Geografia pela Universidade Estadual do Ceará. Docente colaborador do Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente, Associação Plena Em Rede, PRODEMA/UFC. Docente permanente do Mestrado Profissional em Gestão em Saúde –MEPGES da UECE na disciplina de Geotecnologias aplicadas à Gestão em Saúde. Assessor técnico em Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza com enfoque nos temas: análise espacial, geoprocessamento, bioestatística, ciência de dados com foco em sistemas de informação em saúde.

Manual Digital com Indicadores para o Monitoramento da Gestão de Riscos Assistenciais em Pediatria

**Moema Diogo Pompeu Bezerra
Maria Raquel Rodrigues Carvalho
Geziel dos Santos de Sousa**



**Fortaleza
2023**



Universidade Estadual do Ceará
Pro Reitoria de Pós Graduação e Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde
Mestrado Profissional Gestão em Saúde - MEPGES

Manual Digital com Indicadores para o Monitoramento da Gestão de Riscos Assistenciais em Pediatria

© 2023 Copyright by Moema Diogo Pompeu Bezerra, Maria Raquel Rodrigues Carvalho e Geziel dos Santos de Sousa

Impresso no Brasil / Printed In Brazil

Todos os Direitos Reservados as Autoras

Este manual digital foi criado como produto da dissertação intitulada por: MANUAL DIGITAL COM INDICADORES DE GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS EM PEDIATRIA: CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIA DA VALIDADE, para o Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – MEPGES – UECE; 2023

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

B 574 m Bezerra, Moema Diogo Pompeu

Manual digital com indicadores para o monitoramento da gestão de riscos assistenciais em pediatria / Moema Diogo Pompeu Bezerra, Maria Raquel Rodrigues, Geziel dos Santos de Sousa.- Fortaleza: MEPGES/UECE, 2023.

46 p. il.;

Inclui referências bibliográficas

1. Indicador de risco 2. Gestão de risco 3. Assistencial 4. Pediatria I. Título.

CDD

Lista de Abreviaturas e Siglas

| | |
|---------------|---|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CCIH | Comissão de Controle de Infecção Hospitalar |
| CSP | Cultura da segurança do paciente |
| CIC | Cateter de inserção central |
| DRG | Diagnosis Related Groups |
| HBMPM | Heparina de baixo peso molecular |
| HNF | Heparina não fracionada |
| ISMP | Instituto para a Práticas Seguras no Uso de Medicamentos |
| ISO | International Organization for Standardization |
| MEPGES | Mestrado Profissional em Gestão em Saúde |
| MPP | Medicamentos potencialmente perigosos |
| MS | Ministério da Saúde |
| NBR | Norma Brasileira |
| NSP | Núcleo de Segurança do Paciente |
| POP | Procedimento operacional padrão |
| RDC | Resolução de Diretoria Colegiada |
| RPA | Recuperação Pós Anestésica |
| RT | Reação transfusional |
| SESMT | Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho |
| SMART | Specific Measurable Attainable Relevant Time Based |
| TEV | Tromboembolismo venoso |
| TMHP | Taxa de Mortalidade Hospitalar Padronizada |
| UECE | Universidade Estadual do Ceará |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

Sumário

| | |
|--|-----------|
| Apresentação | 8 |
| Objetivo | 9 |
| Introdução | 10 |
| Capítulo 1 – Legislação Associada a Gestão de Riscos Assistenciais | 11 |
| Capítulo 2 – Indicadores | 12 |
| 2.1 Conceitos | 12 |
| 2.2 Sistema de Gestão de Riscos Assistenciais | 13 |
| 2.3 Finalidades | 14 |
| 2.4 Fluxograma de Implementação de Indicadores | 15 |
| 2.5 Atributos do Indicador | 16 |
| 2.6 Estruturação do Indicador por Ficha Técnica | 17 |
| Capítulo 3 – Rol de Indicadores Prioritários para a Gestão de Riscos Assistenciais em Pediatria e suas 22 Áreas Temáticas | 18 |
| Capítulo 4 – Fichas Técnicas dos 22 Indicadores Prioritários | 19 |
| Capítulo 5 – Atores da Gestão de Riscos Assistenciais | 41 |
| Capítulo 6 – Considerações Relevantes | 42 |
| Referências | 43 |

Apresentação

Este manual foi desenvolvido como tecnologia educacional inovadora para gestores e profissionais da saúde que monitoram a qualidade e os resultados institucionais a partir do nível do cuidado prestado em Pediatria em instituições hospitalares públicas e privadas por ter sido construído a partir das vivências de expertizes e responder a lacuna de conhecimento na área de indicadores de gestão de riscos assistenciais em pediatria.

Destina-se ao embasamento das melhores práticas de assistência contribuindo como estratégia de monitoramento dos riscos assistenciais por ocasião do atendimento de alta complexidade à criança e ao adolescente.

Constitui um guia para que os stakeholders da qualidade e segurança contemplando a contextualização do cenário de riscos, legislação associada, passo a passo para a prática de indicadores, fichas técnicas e o rol de indicadores em pediatria e dicas para análise crítica de indicadores possibilitando a sua implementação estruturada para o melhor acompanhamento do nível de atenção ofertado, evidenciar os desfechos da assistência e guiar a tomada de decisão por meio de melhorias contínuas em seus serviços.

Pode contribuir enfim com as atividades de ensino e nos processos de certificações como fundamento de avaliação das práticas de atendimento por ser embasado em evidências científicas qualificadas e atualizadas em segurança da assistência.

Objetivo

Apresentar o produto da dissertação de mestrado intitulada: MANUAL DIGITAL COM INDICADORES DE GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS EM PEDIATRIA: CONSTRUÇÃO E EVIDÊNCIA DA VALIDADE como tecnologia educacional para o monitoramento da gestão de riscos assistenciais por meio de indicadores em pediatria.



Introdução

O cenário de riscos assistenciais da atualidade representa um desafio de gestão se configurando de forma impactante sob os pontos de vista clínico, psicológico, financeiro, ético e de imagem. Os estudos apontam uma taxa de eventos adversos no mundo entre 3,7 a 16,6% (SOUZA e MENDES, 2019), dos quais 66% são evitáveis (MENDES, 2014). No Brasil a sua ocorrência impacta em 15% nas despesas com internações hospitalares e em 7,6% nos custos com a segurança do paciente.

Na infância, estes incidentes ocorrem em 1% das hospitalizações pediátricas, das quais 0,6% são preveníveis (LOPEZ, 2014).

Considerando que a hospitalização na infância representa evento estressante, e que em virtude das singularidades do ser criança que faz requerer um atendimento com qualificação do cuidado (LOPEZ, 2014), evidenciando-se que os eventos adversos mais factíveis nesta fase, com uma prevalência três vezes maior que no adulto (AMARAL,2022).

As pesquisas citam como principais eventos adversos em pediatria: os erros de medicação, uso de cateteres intravenosos, infecção relacionada à assistência à saúde e quedas. (RAMALHO, 2014). Outro estudo apresenta que os incidentes mais frequentes estão associados ao uso de medicação (32,7%), à ventilação mecânica/via aérea (29,2%), à procedimentos de enfermagem (16,8%), à infecção (14,3%), por cateteres, sondas e drenos, e pelo uso de equipamentos e materiais (4,4%) por outros motivos (2,6 %)(RAMALHO, 2014).

A literatura ressalta ainda que o maior índice de evento adverso ocorre em crianças com idade menor de um ano. (MARTINS; AGUIAR, 2021). Revisão sistemática destaca que tais eventos adversos em pediatria, ocorrem em maior predominância nas salas cirúrgicas, seguido pelas enfermarias (12-26%) (LOPEZ, 2014).

Desta forma, o manual se propõe a colaborar com a gestão de riscos na atenção à criança hospitalizada a partir do monitoramento das intervenções associados ao cuidado de alta complexidade, apoiando profissionais da segurança e gestão da qualidade, contribuindo ainda com o desenho organizacional e satisfação dos clientes.

CAPÍTULO I

Legislação Associada a Gestão de Riscos Assistenciais

01

RESOLUÇÃO-RDC N° 63,
DE 25 DE NOVEMBRO DE
2011

- Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde

02

PORTARIA N° 529, DE 1°
DE ABRIL DE 2013

- Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

03

RESOLUÇÃO - RDC N° 36,
DE 25 DE JULHO DE 2013

- Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências

04

ABNT NBR ISO 31000:2018

- Diretrizes de Gestão de Riscos

CAPÍTULO 2

Indicadores

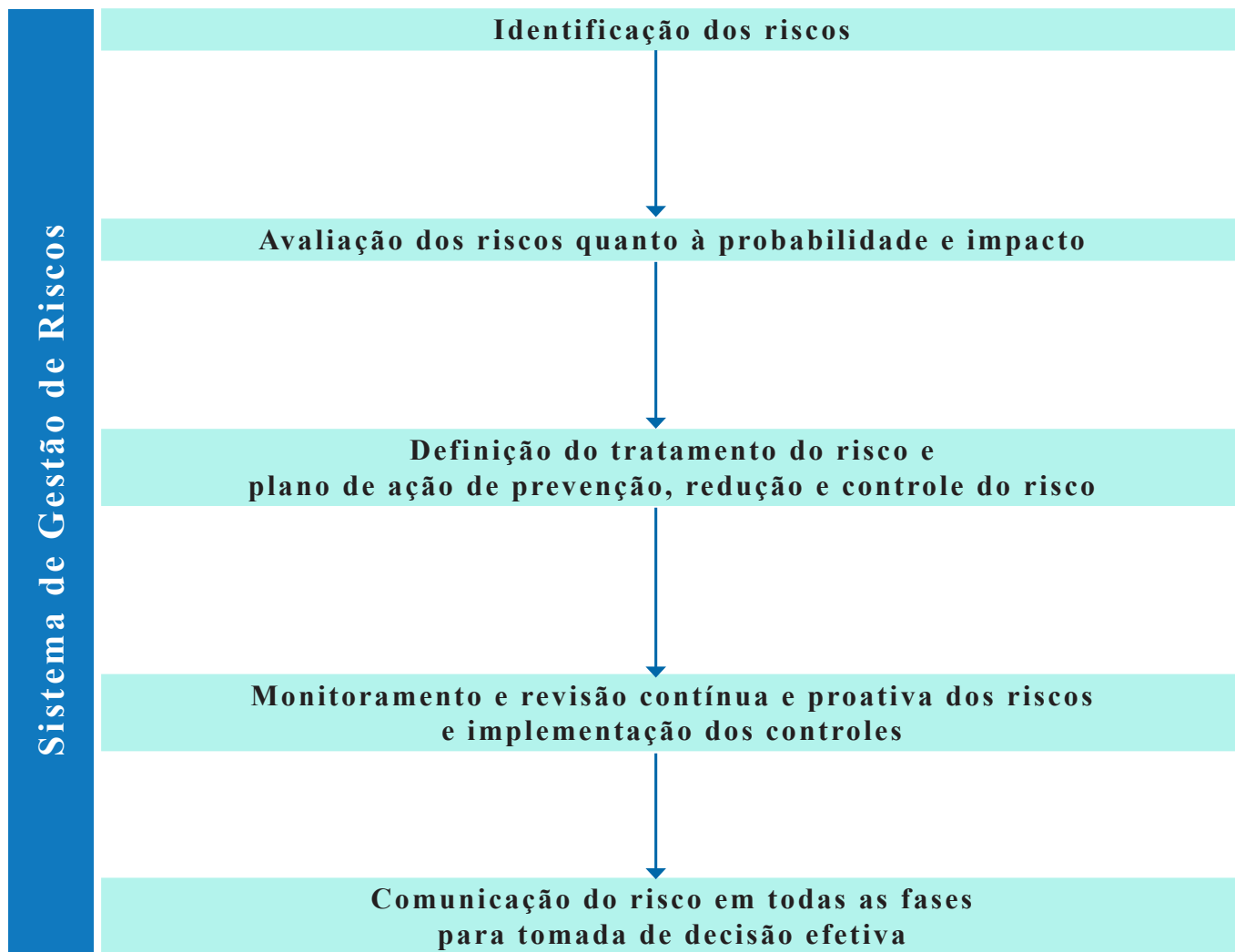
2.1 Conceitos

São ferramentas que apresentam dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), as saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos ou da organização como um todo (ISMP, 2016), representando ainda suporte para o planejamento e avaliação dos serviços de saúde (COSTA; JORGE, 2020).

Seu conceito no campo da ciência tem certa variabilidade, no entanto os pesquisadores consideraram o indicador como parâmetros ou balizadores quantitativos ou qualitativos do alcance dos objetivos de um serviço analisando o direcionamento das ações com ênfase ao sentido de medida, de forma a contribuir à avaliação dos processos e resultados da realidade em investigação (MYNAYO, 2009).

Há consenso pelos gestores na incorporação das premissas da ABNT NBR ISO 31000 – 2ª EDIÇÃO 28.03.2018 como fundamento do processo de gestão de riscos que contempla não somente identificar, analisar, avaliar, tratar e comunicar os riscos ocorridos na organização como também monitorar os resultados. A figura a seguir identifica a fase de monitoramento contínuo do contexto de riscos como parte integrante do sistema, que pode ser viabilizado por indicadores como ferramenta de controle adequada para tal (ABNT, 2018).

2.2 Sistema de Gestão de Riscos Assistenciais



Fonte: ABNT, 2018

2.3 Finalidades

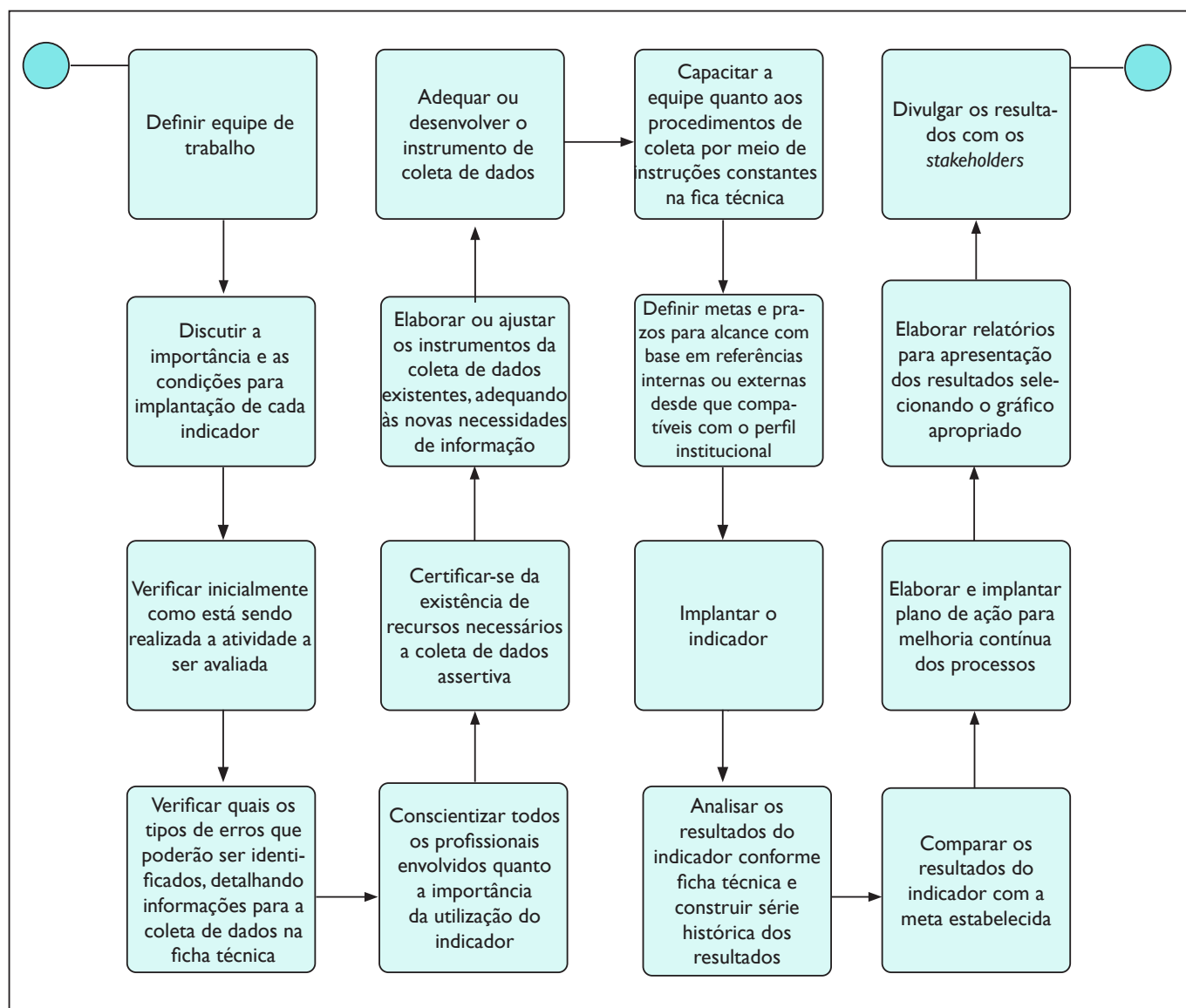
A prática de indicadores é a melhor forma para que todos possam fazer o mesmo tipo de avaliação da qualidade da assistência utilizando uma matriz de padronização baseada em evidências científicas e validadas por expertises, contribuindo de forma objetiva e prática à avaliação estruturada do desempenho e o dos resultados institucionais, podendo-se identificar sua finalidades:

| | | | |
|---|--|---|--|
| Diagnosticar a situação real dos processos assistenciais | Evidenciar os resultados alcançados | Possibilitar a análise crítica de tendências e comparações com referenciais | Monitorar o gerenciamento de riscos e a melhoria da qualidade da assistência prestada |
| Verificar a evolução de programas e protocolos institucionais | Acompanhar de forma sistematizada o desempenho os processos organizacionais, realizando avaliação dos processos envolvidos | Desencadear ações de melhoria nos processos em interface com as áreas a partir de inconformidades identificadas | |
| Subsidiar a tomada de decisão fundamentada | Criar parâmetros de monitoramento de estrutura, processo e resultados da realidade em avaliação | Acompanhar e avaliar o cumprimento das metas pactuadas | |

Fonte: Elaborado pelos autores, Adaptado do ISMP, 2016

2.4 Fluxograma de Implementação de Indicadores

Com o intuito de contribuir com a implementação da prática de indicadores, propõe-se um fluxograma de orientação da sua estruturação por meio da sequência gradual das fases essenciais para a gestão de riscos assistenciais.



Fonte: Elaborado pelos autores, Adaptado do ISMP, 2016.

2.5 Atributos do Indicador

Para a definição dos indicadores do manual foram considerados os pré-requisitos abaixo, os quais têm sido apontados pela literatura como atributos necessários de seleção para fins de garantia da efetividade do processo de monitoramento dos riscos assistenciais.

| Relevância | Objetividade | Periodicidade | Confiabilidade | Viabilidade | Inteligibilidade |
|--|--|--|---|---|---|
| Importante e de valor agregado ao monitoramento do serviço a ser avaliado. | Ser claro e preciso para aumentar a fidedignidade que se busca. | Monitorado no tempo para que possa ser atualizado e ser viável o processo de construção. | Capacidade de se produzir os mesmos resultados quando aplicados em condições similares. | Disponibilidade e facilidade de acessibilidade dos dados. | De fácil compreensão, demonstrando transparência na metodologia de construção. |
| Simplicidade | Eficácia | Eficiência | Efetividade | Custo-efetividade | Desagregabilidade |
| Ser simples de buscar, calcular e analisar | Possibilidade de verificar o alcance das metas estabelecidas para um determinado período conduzindo ainda a sua revisão. | Possibilita a relação entre os resultados e os recursos utilizados de forma racional. | Relação entre os resultados alcançados e os objetivos esperados | Constatação de que os resultados justificam o investimento no tempo e recursos. | Capacidade de poderem ser desagregados no tempo e no espaço ou em relação aos grupos por meio de informações estratificadas |

Fonte: Elaborado pelos autores, Adaptado de Fusinato, 2015

2.6 Estruturação do Indicador por Ficha Técnica

Os indicadores são estruturados por uma ficha técnica para que a sua prática siga um padrão e alcance os mesmos resultados independente de quem coleta e analisa os dados, garantindo assim a fidedignidade dos resultados e assertividade da análise crítica. Apresenta-se a seguir o modelo adotado no manual.

| |
|---|
| Nome do indicador: |
| Interpretação: |
| Fonte do dado: |
| Meta: |
| Periodicidade da coleta: () Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual |
| Método de cálculo: Numerador/ Denominador |
| Unidade de medida: nº absoluto, %, %, % |
| Polaridade: () quanto maior, melhor () quanto menor, melhor |
| Observação: |
| Embasamento teórico: |
| Responsável: Pela informação dos dados: Pela coleta dos dados: |
| Limitações do indicador: |
| Fonte: |

Fonte: Elaborado pelos autores, Adaptado do ISMP, 2016; Portal Qualificação, 2023; Costa e Jorge, 2020.

CAPÍTULO 3

Rol dos Indicadores Prioritários para a gestão de Riscos Assistenciais em Pediatria e suas 22 Áreas Temáticas

| MANUAL DIGITAL COM INDICADORES DE GESTÃO DE RISCOS ASSISTENCIAIS EM PEDIATRIA | | | |
|---|---|--|---------|
| Nº | Área Temática | Indicadores Prioritários nas 22 Áreas Temáticas | Páginas |
| 1 | Exames de Análises Clínicas e Anatomia Patológica | Porcentagem de todos os resultados de testes laboratoriais críticos relatados a um profissional de saúde (Relatório de valores críticos) | 18 |
| 2 | Anestesia | Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anestesiológico para tratar parada respiratória ou cardíaca no período de recuperação | 19 |
| 3 | Cirurgia | Proporção de infecção de ferida pós - operatória | 20 |
| 4 | Comunicação | Prescrições sem abreviaturas, símbolos ou expressões de dose não recomendadas | 21 |
| 5 | Cultura da Segurança | Proporção do desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no hospital | 22 |
| 6 | Evento Adverso | Taxa de óbitos em Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRGs) de baixa mortalidade | 23 |
| 7 | Gestão de Medicação | Erro de medicação | 24 |
| 8 | Gestão de Pessoas | Educação permanente sobre higiene das mãos | 25 |
| 9 | Identificação | Erro na identificação do paciente internado nas coletas de amostras (Identificação de pacientes e coleta de amostras) | 26 |
| 10 | Indicador Clínico | Taxa de pacientes pós-operatórios cuja intensidade da dor é documentada e avaliada com instrumento de avaliação válido e adequado | 27 |
| 11 | Infecção | Adesão à higiene das mãos pelos profissionais de saúde | 28 |
| 12 | Lesão Por Pressão | Percentual de pacientes de risco que receberam cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão | 29 |
| 13 | Macroindicador | Taxa de mortalidade hospitalar padronizada | 30 |
| 14 | Queda | Taxa de incidência de queda | 31 |
| 15 | Uso de Quimioterápicos | Porcentagem de pacientes que receberam quimioterapia citotóxica cujo tratamento é orientado por um protocolo de tratamento quimioterápico aprovado pelo hospital | 32 |
| 16 | Uso de Sangue e Hemoderivados | Taxa de reação a transfusão | 33 |
| 17 | Segurança do Paciente | Estrutura organizacional para a segurança do paciente | 34 |
| 18 | Terapia Nutricional | Avaliação do risco de desnutrição em pacientes de UTI | 35 |
| 19 | Terapia Intravenosa | Manutenção segura de CIC | 36 |
| 20 | Exames de Imagem | Protocolo para identificação de exames radiográficos | 37 |
| 21 | Uso de Terapia Anticoagulante | Protocolo para prevenção de tromboembolismo venoso | 38 |
| 22 | Uso de Contrastes | Protocolo para prevenção de nefropatia aguda por uso de contraste iodado | 39 |

CAPÍTULO 4

Fichas Técnicas dos 22 Indicadores Prioritários

Indicador 1: Proporção de todos os resultados de testes laboratoriais críticos relatados a um profissional de saúde (Relatório de valores críticos).

Interpretação: O relatório crítico é um relevante processo laboratorial pelo seu potencial de tomada de decisão, segurança do paciente e eficiência operacional. A literatura apresenta uma variação de taxa de valores críticos não relatados de 6,6% ou mais, sendo o percentual de até 0,9% como parâmetro de melhor desempenho; no entanto, em geral os níveis se mantêm em \geq a 2,3%. São conceitos similares: resultado crítico, valor de pânico

ou valor de alerta. Mede o percentual de sucesso na comunicação assertiva da comunicação considerando o tempo decorrido entre a liberação do resultado dos exames e a sua efetiva comunicação para a segurança do paciente.

Fonte do dado: Prontuário do paciente

Meta: 99,1%

Periodicidade da coleta: (X) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Nº de relatos de valores críticos a um profissional de saúde/Denominador: Nº total de resultados de testes laboratoriais críticos) X 100

Unidade de medida: %.

Polaridade: (x) quanto maior, melhor

Observação: Inexistência de limites padrão de valores críticos para testes laboratoriais específicos. Constitui um indicador da fase pós analítica. 95% dos médicos consideram útil a comunicação de resultados críticos no manejo dos pacientes e 75% documentam os valores em prontuários. Dois terços dos resultados críticos levam a alguma mudança na abordagem terapêutica.

Embasamento teórico: Valores críticos são definidos como aqueles para os quais atrasos na notificação podem resultar em desfechos adversos graves; representam situações ameaçadoras à vida; representa um dos requisitos para certificação; a comunicação de valores críticos reflete na eficiência do laboratório e na eficácia clínica.

Responsável pela coleta dos dados: Auditor da comissão de revisão de prontuários

Limitações do indicador: Não há uma lista padrão de testes laboratoriais incluídos, variando conforme os métodos dos testes laboratoriais, perfil dos pacientes e características individuais dos pacientes. Requer atualização frequente da lista de exames e dos intervalos de valores críticos com base na revisão da literatura e em benchmarking realizado entre os laboratórios clínicos.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Indicador 2: Proporção de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anesthesiologista para a reversão da parada respiratória ou cardíaca na sala de recuperação pós anestésica.

Interpretação: Avalia os riscos pós operatórios e a efetividade dos protocolos de anestesia diante das complicações.

Fonte do dado: Prontuário do paciente; impresso de sala de recuperação pós anestésica (RPA)

Meta: Taxa desejada: baixa (associado a resultados adversos). Comparações externas (entre hospitais) podem ser feitas em um determinado ponto no tempo, ou acompanhando as tendências temporais. Comparações internas (dentro do hospital) (PROQUALIS, 2014)

Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de pacientes submetidos a um procedimento e que receberam cuidados de anesthesiologista para tratar uma parada respiratória ou cardíaca, no período de recuperação/Denominador: Número de pacientes submetidos a um procedimento e que receberam cuidados do anesthesiologista na recuperação pós-anestésica) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: () quanto maior, melhor

Observação: O período de recuperação é o tempo que o paciente passa na sala de RPA, ou outro local capacitado para permanência do paciente em período pós-operatório imediato, até ser transferido para outra área da instituição. A literatura nacional sobre o tema ainda é escassa, porém alguns relatos sobre parada cardíaca no período de recuperação demonstram que uma investigação minuciosa deve ser feita mesmo em pacientes aparentemente saudáveis. Integra os riscos cirúrgicos.

Embasamento teórico: A ocorrência de um “evento clínico” pode indicar um desempenho abaixo do ideal. Este indicador deve estimular os profissionais da sala de RPA, ou do local onde o paciente permanece no pós operatório imediato, a notificar qualquer perturbação significativa no processo de recuperação habitual.

Responsável pela coleta dos dados: Anesthesiologista.

Limitações do indicador: Ausência de registro de evento adverso no prontuário

Fonte: PROQUALIS, 2014.

Indicador 3: Proporção de infecção de ferida pós – operatória.

Interpretação: Verifica o desfecho do cuidado com base na ocorrência de infecção. Considerado evento adverso decorrente da assistência e que pode causar danos físicos, sociais ou psicológicos ao paciente, podendo prolongar o tempo de permanência, aumentar as chances de readmissão hospitalar e ou intervenções não planejadas, elevando ainda os gastos com o tratamento.

Fonte do dado: Prontuário do paciente

Meta:

Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: número total de infecções de ferida pós operatória/ Denominador: número total de cirurgias) X 100

Unidade de medida: ‰

Polaridade: () quanto maior, melhor

Observação: Para intervenção assertiva a ANVISA recomenda que os cálculos das taxas sejam feitos por especialidade cirúrgica. Conceitua-se como infecção que ocorre na ferida operatória e diagnosticada em até 30 dias após o procedimento, podendo ser classificada como superficial, profunda ou de órgão/cavidade.

Embasamento teórico: O risco de infecção de ferida operatória está associada a múltiplos fatores intrínseco e extrínsecos: tempo do procedimento, técnica cirúrgica e anestésica empregada, resistência do hospedeiro, classificação risco ASA (American Society for Anesthesiology), paciente e grau de contaminação do sítio cirúrgico, profilaxia antibiótica em até 60' da realização da incisão e tipo de cirurgia (eletiva ou urgência). A infecção do sítio cirúrgico está entre as principais IRAS representando entre 14-16% das hospitalizações no Brasil, com impacto significativo na morbidade e mortalidade do paciente. O checklist de cirurgia segura é uma estratégia de controle de infecções para todos os procedimentos. São medidas de prevenção: preparo do paciente com banho antisséptico no pre operatório, tricotomia restrita e realizada imediatamente antes do horário da cirurgia, controle de glicemia (< 180 mg/dl), manutenção da temperatura >= 35,5°C, Preparo da pele com degermante e antisséptico, antisepsia do campo operatório no sentido centrífugo circular, busca ativa de egressos cirúrgicos, educação de pacientes e familiares. A Infecção do Sítio Cirúrgico ocupa o terceiro lugar das IRAS, ficando atrás das infecções urinárias e respiratórias. Seus impactos incidem na alta morbimortalidade pelas complicações e aumento do tempo de permanência hospitalar(SOUZA, SANTANA E ALFONSO JUNIOR, 2018).

Responsável pela coleta dos dados:Técnico da CCIH

Limitações do indicador: Risco de perda de seguimento do pós operatório

Fonte: Elaborada pelos autores

| Indicador 4: Taxa de prescrições sem abreviaturas, símbolos ou expressões de dose não recomendadas. |
|--|
| Interpretação: Traduz boas práticas para a segurança na prescrição medicamentosa, contemplando atividades de prevenção e minimização de danos do processo de gestão de medicação. |
| Fonte do dado: Prescrição médica, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas |
| Meta: 100% |
| Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual |
| Método de cálculo: (Numerador: Número de prescrições sem falhas /Denominador: Total de prescrições revisadas) X 100 |
| Unidade de medida: % |
| Polaridade: (x) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor |
| Observação: Estudos mostram que o uso de abreviaturas, símbolos e expressões padronizadas reduzem falhas associadas a erros de medicação, representados por qualquer falha de prescrição em decorrência tanto da redação quanto do processo de decisão terapêutica. Pode ser estratificado por unidade e especialidades (GAMA <i>et al</i> , 2018) e por tipo de não conformidades: abreviatura, símbolos e dose inadequadas (GOUVEA e TRAVASSOS, 2010). Pode ser estratificado em relação a 1ª prescrição e a prescrição de alta. Requer elaboração de instrumento para coleta dos dados. |
| Embasamento teórico: O processo da prescrição deve estar padronizado e com o respectivo procedimento operacional padrão escrito, atualizado, validado, divulgado e disponível em local de fácil acesso; As prescrições devem ser revisadas por farmacêutico antes de serem dispensadas; São consideradas inconformidades na prescrição de medicamentos: falta de dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão, e abreviaturas contraindicadas. Os erros de prescrição devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente. A falha de decisão terapêutica pode surgir de um desvio não intencional de padrões de referência, como: conhecimento científico atual, práticas normalmente reconhecidas, especificações técnicas dos medicamentos e legislação sanitária. Os incidentes de prescrição podem estar relacionados à seleção do medicamento (considerando-se as indicações, as contra indicações, as alergias, as características do paciente, as interações medicamentosas e outros fatores), a dose, a concentração, o esquema terapêutico, a forma farmacêutica, a via de administração, a duração do tratamento e orientações de utilização, assim como pela ausência de prescrição de um medicamento necessário para tratar uma doença já diagnosticada ou para impedir os incidentes com outros medicamentos. (BRASIL, 2015). |
| Responsável pela coleta dos dados: Farmacêutico |
| Limitações do indicador: Na indisponibilidade de profissional para realizar o monitoramento, eleger as unidades com pacientes críticos e de maior risco na atenção. |

Fonte: GAMA *et al*, 2018.

Indicador 5: Proporção do desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no hospital.

Interpretação: Analisa as iniciativas e prioridades institucionais para a melhoria da segurança e qualidade do cuidado

Fonte do dado: Relatórios do Núcleo de Segurança do Paciente

Meta: 90%

Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de atividades realizadas para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no hospital/Denominador: Número total de atividades programadas para desenvolvimento da cultura de segurança do paciente no hospital) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: (x) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor

Observação: Considerar o Plano de Segurança e Agenda Programada Anual.

Embasamento teórico: A cultura da segurança percorre graus diversos de maturidade, progredindo ao longo do tempo de acordo com a confiança e responsabilidade em cinco estágios: cultura patológica, reativa, calculada, proativa e participativa. (SOUSA e MENDES, 2019). Para que se possa viabilizar a segurança do paciente há que se garantir estrutura organizacional e líderes engajados e responsáveis pelo processo de gestão de riscos com foco nos princípios da confiabilidade/fiabilidade do sistema para monitoramento e análise crítica dos incidentes (GAMA *et al*, 2018; SOUSA e MENDES, 2019).

Na verificação do desenvolvimento da cultura é importante identificar as intervenções implementadas pela organização e o monitoramento das mudanças ao longo do tempo. Para que alcance a performance de alta confiabilidade deve atender as seguintes características: 1- reconhecer a natureza atividades de alto risco da organização e realizar as operações de forma segura 2- cultura justa e de incentivo às notificações 3- incentivo à colaboração dos profissionais de todos os níveis de gestão em busca de soluções dos problemas de segurança do paciente 4- comprometimento organizacional quanto a garantia da provisão de recursos para o desenvolvimento das atividades.

São recomendações dos autores de iniciativas que têm impacto positivo nos serviços de saúde, e que podem ser incorporadas e monitoradas enquanto desenvolvimento da cultura da segurança do paciente no hospital: • identificar e mitigar os riscos e perigos; • identificar pontos fortes e áreas para melhoria da cultura de segurança; • implementar estruturas e sistemas de liderança; • apoiar os núcleos estaduais e institucionais que trabalham a gestão da qualidade do cuidado e segurança do paciente; • fornecer educação permanente para o trabalho em equipe e desenvolvimento de habilidades seguras; • reforçar a educação permanente dos centros formadores com programas de educação nesses temas; • realizar atividades de verificação do impacto dos programas educacionais na assistência; • avaliar, dar o feedback sobre os resultados e intervir na cultura de segurança; • avaliar a cultura de segurança nos serviços de saúde, e apresentar os resultados desta mensuração aos profissionais; • intervir nas dimensões ou características que precisem de melhoria; • apoiar a participação dos serviços hospitalares nas avaliações nacionais da cultura de segurança; 3 • incentivar os serviços para que analisem, revisem e melhorem continuamente suas práticas de gestão de riscos. • examinar as tendências na mudança da cultura de segurança ao longo do tempo; • avaliar o impacto cultural das iniciativas e intervenções de segurança do paciente; • promover o trabalho em equipe, o suporte da liderança e a comunicação (ARQS, 2021)

Responsável pela coleta dos dados: Coordenador do NSP

Limitações do indicador: Realização de agenda programada

Fonte: Elaborada pelos autores.

Indicador 6: Taxa de óbitos em Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRGs) de baixa mortalidade.

Interpretação: O DRG possibilita o planejamento, acompanhamento e análise das ações em saúde, visando a verificação da qualidade assistencial, segurança do paciente e sustentabilidade de sistema financeira dos serviços de saúde. Identificar óbitos inesperados em pacientes internados. (SEIFFERT, 2019)

Fonte do dado: Prontuário do paciente e declaração de Óbitos

Meta: Índice baixo; Construir a série histórica do evento para auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação. Grupos diagnósticos de baixa mortalidade são aqueles em que a mortalidade é menor do que 0,5%.

Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de óbitos de pacientes internados em determinado período classificados como baixa mortalidade / Denominador: Total de altas de pacientes internados no mesmo período classificados como baixa mortalidade) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: () quanto maior, melhor (x) quanto menor, melhor

Observação: Definir a patologia/procedimento e ajustar o indicador conforme os resultados institucionais.

Embasamento teórico: O Diagnosis Related Groups (DRG) constitui um sistema de classificação de pacientes, construído com o intuito de instrumentalizar a gestão hospitalar, viabilizando a mensuração e avaliação do desempenho dos hospitais. A classificação DRG pode ser utilizada para analisar os óbitos hospitalares. Contribui com a análise dos desfechos administrativos, clínicos e financeiros, pois permite analisar as relações existentes entre consumo de recursos, processo de tratamento e resultados alcançados, contribuindo assim para o monitoramento de protocolos institucionais. Estudos propõem a correlação com o tempo médio de permanência hospitalar e contribuir com os parâmetros de definição do volume de recursos dispendidos como base técnica de definição de orçamentos. No tocante ao SUS, a literatura faz uma análise de que o repasse financeiro aos hospitais deveria considerar a complexidade dos pacientes e não simplesmente ter como base o procedimento realizado. Estudos apontam os procedimentos de amputação de membro superior, colecistectomia, hernioplastia, apendicectomia e cirurgias de ouvido, nariz, boca e garganta como DRG mais frequentes. (NORONHA, PORTELA e LEBRÃO, 2004)

Responsável pela coleta dos dados: Integrante da comissão de óbitos.

Limitações do indicador: Requer inicialmente a definição do Grupo Diagnóstico Relacionado- Clínico ou Cirúrgico: a patologia de baixa mortalidade e cálculo do indicador da taxa de óbitos para a mesma patologia.

Fonte: GAMA et al, 2018.

| Indicador 7: Taxa de erro de medicação. |
|--|
| Interpretação: Aumenta a segurança do processo de gestão medicamentosa |
| Fonte do dado: Prescrição e prontuário |
| Meta: A ser definida pelo NSP |
| Periodicidade da coleta: () Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual |
| Método de cálculo: (Numerador: % de inconformidades relacionadas ao subprocesso da segurança medicamentosa no período / Denominador: % total de possíveis inconformidades do subprocesso) X 100 |
| Unidade de medida: % |
| Polaridade: () quanto maior, melhor (x) quanto menor, melhor |
| Observação: Estima-se que cerca de 7% das prescrições manuais elaboradas em ambiente hospitalar apresentam erros, sendo os mais frequentes: dose incorreta, prescrições incompletas, ilegibilidade, intervalos de dosagem inadequados e erros de transcrição (ISPM, 2021). Requer elaboração de instrumento para coleta dos dados. |
| Embasamento teórico: O ISMP identificou 10 elementos chaves que tem grande influência no sistema de utilização de medicamentos. As causas das falhas de medicação podem estar diretamente relacionadas aos pontos fracos e às falhas nestes 10 elementos chaves, são eles: Informação relacionada ao paciente; Informação relacionada ao medicamento; Comunicação relacionadas aos medicamentos; Rotulagem, embalagem e nome dos medicamentos; Dispensação, armazenamento e padronização dos medicamentos; Aquisição, uso e monitoramento de dispositivos para administração dos medicamentos; Fatores ambientais; Educação e competência dos profissionais; Educação do paciente; Gerenciamento de risco e processos de qualidade. A literatura aponta uma redução de 71% dos erros de prescrição após a implantação de sistemas de prescrição eletrônica com suporte de decisão clínica no âmbito hospitalar; e mais dois estudos com uma redução na frequência de erros de medicação ainda maior (85%) em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e a redução de 85% dos erros de prescrição envolvendo medicamentos potencialmente perigosos (ISPM, 2021). Recomendações para prevenção de não conformidades de prescrição: Registro de alergias, idade e peso; informações integradas; Disponibilizar a todos os profissionais de saúde acesso facilitado às informações atualizadas sobre medicamentos; Divulgar a lista de medicamentos potencialmente perigosos disponíveis na instituição; Disponibilizar bases de informações integradas ao sistema para alertar sobre situações de risco no momento da prescrição; Configurar o sistema de prescrição eletrônica para que realize verificações de faixa terapêutica e emita alertas de sobredosagens ou subdosagens nas prescrições de todos os medicamentos potencialmente perigosos; Realizar avaliação rotineira a fim de garantir que o sistema emita alertas para doses máximas de medicamentos potencialmente perigosos, inserindo novos alertas sempre que necessário; Medicamentos com som ou grafia semelhante devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia, utilizando LETRA MAIÚSCULA E NEGRITO para dificultar trocas e confusões; Sistemas de prescrição eletrônica; treinamentos periódicos aos usuários do sistema; redação criteriosa da prescrição; no caso de medicamentos de administração por via parenteral, a prescrição deve conter obrigatoriamente informações sobre o diluente (tipo e volume para reconstituição e diluição do medicamento), velocidade e tempo de infusão; manuais ou pré-digitadas, garantir o posicionamento correto da vírgula nas duas vias da prescrição para prevenir erros de dose. evitar receituários com pautas; Abolir o uso de expressões vagas como “usar como de costume”, “usar como habitual”, “a critério médico”, “uso contínuo” e “não parar”. Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário” é obrigatória a definição de dose, posologia, dose máxima diária e qual condição determina o início e a interrupção do uso do medicamento em prescrições; evitar receitas carbonadas e preferir receituários sem pautas. |
| Responsável pela coleta dos dados: Farmacêutico/ Técnico do NSP |
| Limitações do indicador: 1- Estratificar o indicador do processo medicamentoso prioritário de acordo com o perfil da instituição: a- reconciliação medicamentosa b- armazenamento; c- rotulagem d- prescrição e- dispensação f- rotulagem e armazenamento de medicamentos potencialmente perigosos (MPP); g- Administração de MPP;. 2- Construir indicador composto considerando os subprocessos do item 1; |

Fonte: Elaborado pelos autores; Adaptado de GAMA et al, 2018

Indicador 8: Proporção de ações de educação permanente sobre higiene das mãos.

Interpretação: Verifica a realização de programação de atividades educativas sobre higiene das mãos

Fonte do dado: Folhas de Ata dos eventos realizados pelo Centro de Estudos, CCIH e Núcleo de Segurança do Paciente.

Meta: 80% do previsto, apresentando-se as justificativas dos impedimentos do período.

Periodicidade da coleta: (X) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo: multiplicado por 100.

(Numerador: Número de ações realizadas no período sobre higiene das mãos /Denominador: Número de ações propostas no período sobre higiene das mãos de acordo com o programa institucional estabelecido) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: (x) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor

Observação: Solicitar comprovantes da realização de atividade de educação permanente constando data, programação, carga horária, programação, lista de frequência dos participantes. Recomenda-se efetuar o feedback dos resultados as unidades alvo das ações realizadas (BARALDI, 2015)

Embasamento teórico: Embora a higienização das mãos seja uma prática recomendada pela eficácia na prevenção da transmissão de patógenos, estudos relatam baixos níveis de adesão, os quais têm se mantido abaixo de 50%. (GAMA *et al*, 2018). Recomendam-se estratégias de educação permanente para estimular e manter a adesão dos profissionais à prática, por meio de capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos, com base na abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” e os procedimentos corretos de higiene das mãos.

Responsável pela coleta dos dados: Técnico da Educação Permanente

Limitações do indicador: Requer um programa sistemático de atividades nos pontos de atenção e a verificação de sua efetividade por meio de monitoramento dos resultados dos indicadores de infecção associada a assistência a saúde; Estratificar o indicador por pontos de atenção e categorias profissionais treinadas.

Fonte: Elaborado pelos autores; Adaptado de BITENCOURT; FERREIRA; AMARAL; RENAULT; SILVA e SANTOS, 2021

Indicador 9 : Taxa de erro na identificação do paciente internado nas coletas de amostras (Identificação de pacientes e coleta de amostras).

Interpretação: Monitora falhas de identificação de pacientes com indicação de coleta de amostras por: pulseira ausente, com erros nos identificadores, pulseiras ausentes, ilegíveis com dados errôneos ou conflitantes. Estudo recente sugere que a taxa de erros por identificação inadequada está próxima de 1%.

Fonte do dado: Pulseira de identificação do paciente e requisição de exames

Meta: 0%

Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de pacientes internados com falhas de identificação nas coletas de amostras/ Denominador: Número total de pacientes internados com indicação de coletas de exames) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: () quanto maior, melhor (x) quanto menor, melhor

Observação: Este indicador pode ser aplicado ainda para riscos de reação hemolíticas agudas por transfusão de sangue incompatível com ABO que representam 40 a 50% de mortes por erros na identificação do paciente.

Embasamento teórico: Está associado a risco de realização de testes laboratoriais realizados incorretamente, ou com inconformidades nas etiquetas dos frascos das amostras. (GAMA *et al*, 2018)

Responsável pela coleta dos dados: Técnico do Núcleo de Segurança do Paciente

Limitações do indicador: Contingências por falta de pulseira de identificação.

Fonte: Elaborado pelos autores

Indicador 10: Taxa de pacientes em pós-operatórios cuja intensidade da dor é documentada e avaliada com instrumento de avaliação válido e adequado.

Interpretação: Possibilita caracterizar a experiência dolorosa (intensidade e localização), identificar os fatores contribuintes, detectar as repercussões, analisar as respostas do paciente ao plano terapêutico e reajustar o melhor tratamento. Facilita o desenvolvimento do controle da dor mais eficaz, conduzindo a seleção farmacológica apropriada, priorizando o controle e avaliando as mudanças clínicas do paciente.

Fonte do dado: Prontuário do paciente

Meta: 100%

Periodicidade da coleta: (x) Mensal

Método de cálculo:

(Numerador: Número de pacientes cirúrgicos submetidos a mensuração padronizada da dor no período pós-operatório/

Denominador: Número total de pacientes cirúrgicos no período de pós-operatório) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: (x) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor

Observação: Pode ser aplicado na enfermagem de pós-operatório

Embassamento teórico: O gerenciamento da dor é relevante ao bem estar do paciente devendo integrar os protocolos do Centro Cirúrgico. Reconhecida como o “quinto sinal vital”, sua verificação é conduzida pela aplicação de escalas adequadas ao perfil do paciente. A dor traz prejuízos à recuperação do paciente estando relacionada a alterações fisiológicas e ao risco de tromboembolismo por imobilidade.

Responsável pela coleta dos dados: Técnico e anestesista da sala de recuperação anestésica e unidade de pós-operatório

Limitações do indicador: Em virtude das limitações de expressão de dor pela criança pode-se utilizar escalas de tensão facial, de cores, para o lactente; visuais analógicas, numéricas, de palavras, de fotos, descritiva simples, de avaliação facial, de avaliação de copos, ou questionário para o pré-escolar e ainda de avaliação comportamental para o escolar e adolescente. (KRAYCHETE e WANDERLEY, 2003)

Fonte: Elaborado pelos autores

Indicador 11: Porcentagem de adesão à higiene das mãos pelos profissionais de saúde.

Interpretação: Válida o protocolo de segurança do paciente

Fonte do dado: Instrumento de monitoramento dos dados

Meta: acima de 50%

Periodicidade da coleta: () Mensal (x) Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de falhas no processo de higiene das mãos/ Denominador: Total de oportunidades observadas x duas possíveis falhas para cada contato) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: (x) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor

Observação: Estratificar os resultados por unidades e correlacionar os resultados com o indicador de densidade de incidência de infecção hospitalar. Estudos mostram que o aumento da adesão entre 60% para 80% é capaz de produzir uma redução de 8% nas infecções causadas por microrganismos resistentes. (D'Agata EM *et al*, 2012). A taxa de adesão varia de acordo com a definição de cuidados de saúde, profissional e categoria, podendo ainda ser influenciada por fatores como idade, sexo, escolaridade, liderança, abordagem da graduação. (Lin HL.*et al*, 2014) (Hernández-Garcia I. 2013) (Kaur R. *et al*,2014). Dar feedback dos resultados às unidades envolvidas.

Embasamento teórico: Embora a higienização das mãos seja uma prática recomendada pela eficácia na prevenção da transmissão de patógenos, estudos relatam baixos níveis de adesão, os quais têm se mantido abaixo de 50%. (GAMA *et al*, 2018). O conceito “Higiene das mãos” se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de microrganismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, a prática envolve: 1- higiene simples: água e sabão comum 2- antissepsia: água sabão com antisséptico 3- fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica sem enxágue ou secagem das mãos. (BRASIL, 2013)

Responsável pela coleta dos dados: Técnico da CCIH

Limitações do indicador: Problemas de infraestrutura física e de insumos para a prática da higienização das mãos

Fonte: GAMA *et al*, 2018

Indicador 12: Percentual de pacientes de risco que receberam cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão.

Interpretação: Promover a prevenção da ocorrência de lesão de pele e implementar o protocolo de segurança do paciente.

Fonte do dado: Prontuário do paciente e SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem).

Meta: 100%

Periodicidade da coleta: (x) Mensal

Método de cálculo:

(Numerador: Número de pacientes de risco com avaliação documentada de cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão/ Denominador: Total de pacientes de risco de lesão por pressão) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: (x) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor

Observação: Considerar os conceitos associados: lesão por pressão como localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção. Cisalhamento que traduz deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças cortantes e o Estadiamento que representa a classificação da lesão, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual .

Embasamento teórico: Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta com a combinação de fatores de riscos. A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidados conforme o protocolo de segurança do paciente. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção da lesão de pele, a qual tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde em virtude dos impactos para pacientes, familiares e para o sistema de saúde pelo com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos. No Brasil, há relato de incidência de 39,81% em hospital universitário. O protocolo de segurança preconiza que a avaliação de admissão dos pacientes verifique o risco de desenvolvimento de lesão e a detecção de existência de lesões de pele já instaladas. Em casos de pacientes pediátricos, utiliza-se a escala de Braden Q. (FIOCRUZ, 2013)

Responsável pela coleta dos dados: Técnico do Núcleo de Segurança do Paciente

Limitações do indicador: Ausência de registros de avaliação das condições da pele na admissão do paciente conforme protocolo institucional.

Indicador 13: Taxa de mortalidade hospitalar padronizada (TMHP).

Interpretação: O indicador destina-se a sinalizar a existência de um problema e a necessidade de uma análise mais criteriosa. Alta mortalidade relativa deve ser vista como um fato desencadeador de uma investigação mais detalhada. Quando monitorada ao longo do tempo, a TMHP indica o sucesso dos hospitais em reduzir os óbitos e melhorar os cuidados prestados. A TMHP compara o número observado de mortes em um hospital com o número que teria sido esperado, com base nos tipos de pacientes no hospital. (PROQUALIS, 2014)

Fonte do dado: Prontuário do paciente e Declaração de Óbito

Meta: Menor que 100

Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de óbitos ocorridos em determinado período no hospital/ Denominador: Número de óbitos esperados no mesmo período no hospital) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: () quanto maior, melhor (X) quanto menor, melhor

Observação: Uma TMHP igual a 100 sugere que não há nenhuma diferença entre a taxa de mortalidade do hospital e uma taxa global média (nacional, por exemplo) para pacientes com características semelhantes; maior do que 100 sugere que a taxa de mortalidade do Hospital é maior que a média geral; e menor que 100 sugere que a taxa de mortalidade do Hospital é menor do que a média geral. A TMHP deve ser usada como um instrumento de rastreamento, ao invés de ser assumida como um diagnóstico de má qualidade e/ou segurança. A taxa é ajustada para vários fatores que podem influenciar a mortalidade hospitalar, tais como, dados demográficos dos pacientes, diagnósticos, condições em que o paciente chegou ao hospital. Ou seja, este método de ajuste de risco é usado para contabilizar o impacto dos risco individuais, que podem colocar alguns pacientes em maior risco de morte do que outros.

Embasamento teórico: Em estudo realizado em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) a mortalidade observada foi muito próxima à mortalidade prevista (10,8% mortalidade observada versus 10,3% prevista) sendo, portanto, concluído que o sistema de predição SAPS 3 demonstrou “ser instrumento útil para a verificação de pacientes que necessitarão de maiores cuidados...”. (JUNIOR *et al*, 2010).

Responsável pela coleta dos dados: Comissão de óbitos

Limitações do indicador: Falta de critérios de predição e Declarações de óbitos inadequadas. Conhecer os riscos preditivos para mortalidade, refinando os índices prognósticos em pacientes graves.

| Indicador 14: Taxa de incidência de queda. |
|---|
| Interpretação: Índices baixos estão associados a maior adoção de medidas preventivas para diminuição da incidência de quedas; representa um indicador de qualidade do processo assistencial com o objetivo de orientar a gestão do cuidado para redução dos danos. |
| Fonte do dado: Prontuário do paciente; instrumento de notificação de quedas |
| Meta: Índice baixo; Construir a série histórica do evento para auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação. |
| Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual |
| Método de cálculo: (Numerador: Número de quedas no período/ Denominador: Número de pacientes-dia no período) X 100 |
| Unidade de medida: % |
| Polaridade: () quanto maior, melhor (x) quanto menor, melhor |
| Observação: Estratificar o indicador pelos setores do hospital; Avaliar o risco de queda no momento da admissão; Está indicada a Escala de Humpty Dumpty que, adaptada à pediatria, atribui pontos a parâmetros pré-definidos e a somatória desses pontos define o risco de queda. Entre os critérios avaliados estão idade, sexo, diagnóstico, fatores ambientais, medicações utilizadas, deficiências cognitivas, cirurgias, sedações e anestésias. Reavaliar o risco diariamente e quando houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação; ajustar as medidas preventivas implantadas; Requer elaboração de instrumento para coleta dos dados. Pode ser estratificado por unidade de atendimento. |
| Embasamento teórico: Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário. Estudo em hospital na Califórnia, EUA, destacou a presença de queda em pacientes pediátricos. Essas foram mais comuns entre os meninos e decorreram principalmente de pisos molhados, tropeços em equipamentos e em objetos deixados ao chão. A maior parte dos eventos ocorreu na presença dos pais. As quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. O evento pode gerar impacto negativo sobre a mobilidade dos pacientes e contribuir para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, por repercussões de ordem legal e interferir na continuidade do cuidado. Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos (ANVISA, 2013). Estudo realizado em hospital privado localizado na cidade de São Paulo apresentou uma taxa de queda reduzida em 2008 - 1,45 por 1.000 pacientes-dia, que estava associada à implementação de um protocolo de gerenciamento de quedas. Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5 quedas por 1.000 pacientes-dia. Crianças com menos de 3 anos têm pontuação mais alta do que aquelas com mais de 13 anos de idade; meninos pontuam mais do que meninas; bem como crianças com diagnósticos neurológicos, histórico de queda e utilizando dois ou mais medicamentos da classe dos sedativos, antidepressivos, laxantes, entre outros também somam mais pontos. Após a somatória, pacientes que computam de 7 a 11 pontos são classificados com baixo risco de queda e aqueles com pontuação entre 12 e 22 com alto risco de queda. (BRASIL, 2013). Nota-se ainda, que a incidência varia de acordo com as características da instituição, da unidade (a depender da estrutura física e dos processos de trabalho), bem como do perfil do paciente. (LUIZA <i>et al</i> , 2018) |
| Responsável pela coleta dos dados: Enfermeiro assistencial da unidade e técnico do NSP |
| Limitações do indicador: Acesso a escala Humpty Dumpty; Inexistência de protocolo institucional |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Indicador 15: Porcentagem de pacientes que receberam quimioterapia citotóxica cujo tratamento é orientado por um protocolo de tratamento quimioterápico aprovado pelo hospital.

Interpretação: Avalia a efetividade de processos que estimulam a prescrição segura e a administração de medicamentos complexos de alto risco, como a quimioterapia citotóxica. Mede a concordância com alguns aspectos fundamentais do protocolo de quimioterapia que formam a base de um processo de administração seguro;

Fonte do dado: Prontuário do paciente.

Meta: 100%

Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de pacientes que receberam quimioterapia citotóxica cujo tratamento é orientado por um protocolo de tratamento quimioterápico aprovado pelo hospital/ Denominador: Número de pacientes em tratamento quimioterápico na amostra) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: (x) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor

Observação: Protocolo aprovado pelo hospital implica em: a - documentação clara e explícita sobre prescrição, fornecimento e administração da quimioterapia; b- nome do protocolo de quimioterapia específico documentado clara e explicitamente na folha de prescrição de quimioterapia c - drogas citotóxicas específicas prescritas de acordo com o protocolo para cada dia específico do ciclo; d - superfície corporal (SC) ou o peso e a altura (para o cálculo da SC) registrados junto com a prescrição do medicamento; e - doses prescritas dos medicamentos citotóxicos dentro de uma faixa segura baseada na SC do paciente e em diretrizes dos protocolos; tratamento desenvolvido por equipe multidisciplinar de especialistas e aprovado preferencialmente pela “Comissão de Farmácia e Terapêutica”; submetidos à revisão por pares.

Embasamento teórico: A quimioterapia citotóxica está habitualmente associada a incidentes adversos envolvendo medicamentos em hospitais (ACSQHC, 2002). O uso de protocolos de tratamento detalhados é um modo de reduzir variações não baseadas em evidências e de padronizar a terapia; dois princípios fundamentais para a melhoria da segurança do paciente (Rozich *et al.*, 2004). Os protocolos de quimioterapia devem conter detalhes sobre medicamentos citotóxicos e outros a serem administrados em cada dia de um ciclo específico de quimioterapia, além de recomendações para a administração segura da quimioterapia. O ideal é que o protocolo também especifique diretrizes para o cálculo de dose, a terapia de suporte, parâmetros de monitoramento e critérios para a modificação de doses. Os protocolos, sejam estes impressos ou eletrônicos, constituem uma forma de suporte à decisão (ACSQHC, 2002), e foi demonstrado que melhoram o uso de medicamentos em termos gerais (Grimshaw & Russell, 1993). Em relação especificamente ao tratamento do câncer, a implementação de diretrizes, vias e protocolos têm reduzido a variação e melhorado a qualidade do cuidado (Kedikoglou *et al.*, 2005), reduzido o tempo de internação e as taxas de complicações (Smith & Hillner, 201) e melhorado a sobrevida (Sharma, 2002). Cópias impressas ou eletrônicas do protocolo devem estar disponíveis para referência no momento da prescrição, fornecimento e administração. Listas de verificação ou algoritmos podem ser usados para guiar a concordância com os protocolos. As variações com relação ao protocolo devem ser documentadas. (PROQUALIS, 2014)

Responsável pela coleta dos dados: farmacêutico do NSP /Oncologia. A coleta de dados depende da documentação no prontuário médico. A boa documentação e comunicação promovem a qualidade do cuidado, sendo fundamental para a administração de medicamentos potencialmente tóxicos. Atentar a: cumprimento dos requerimentos de monitoração do paciente antes e depois da quimioterapia (contagem de células sanguíneas, bioquímica, exames de rastreamento e outros parâmetros específicos do protocolo); Modificações de dose devem ser feitas de acordo com o protocolo; Concordância com as recomendações de administração; Concordância quanto ao uso de medicamentos adjuvantes e de suporte.

Limitações do indicador: Definir qual o protocolo a ser monitorado

Fonte: GOUVÊA e TRAVASSOS, 2010

Indicador 16: Taxa de reação a transfusão.

Interpretação: Verifica a segurança e efetividade do processo transfusional

Fonte do dado: Notificações de hemovigilância e prontuário do paciente

Meta: 0

Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de reações transfusionais em determinado período de tempo/Denominador: Número total de transfusões realizadas no mesmo período de tempo) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: () quanto maior, melhor (x) quanto menor, melhor

Observação: Os eventos adversos por hemoderivados podem ter consequências significativas porém não significam que comprometem a política de hemovigilância, podendo estar associada prática efetiva de notificações.

Embasamento teórico: Embora a terapia transfusional seja uma intervenção estatisticamente segura, ela envolve alguns riscos. O sangue de um doador pode levar a reações hemolíticas e transmitir infecções por falhas como o uso de sangue incompatível ou a administração de um produto sanguíneo diferente do que foi requisitado. Na Inglaterra, revelou-se que 60% das reações a transfusões registradas resultam de erros. Os incidentes incluíam amostras de sangue mal etiquetadas, pedidos de sangue para o paciente errado ou coleta de amostras de sangue do paciente errado. Análises e ajustes sistemáticos no processo de cuidado podem ajudar a reduzir os riscos. Os hospitais devem ter uma política de controle de qualidade para toda a cadeia de transfusão de sangue. As notificações dos eventos adversos devem conter informações sobre o tempo de manifestação (imediate ou tardia); a gravidade (Grau I: leve Grau II: Moderada Grau III: Grave Grau IV: Óbito) e o tipo de reação como reação febril não hemolítica, reação alérgica, sobrecarga circulatória, aparecimento de anticorpos irregulares, dispnéia associada, hipotensão, lesão pulmonar aguda). Registrar e analisar as reações transfusionais (RT) e os erros de transfusão é parte de uma política de hemovigilância que gerencia o ciclo do sangue objetivando a melhoria da qualidade das transfusões de sangue e hemocomponentes nos hospitais. Estudo relata que a RT foi 5,29 a cada 1.000 transfusões. Identificar a taxa de reação transfusional é prática relevante para o gerenciamento de risco de uma instituição por possibilitar o desenvolvimento de estratégias de incremento da qualidade do processo transfusional. (ROCHA E TEIXEIRA, 2019)

Responsável pela coleta dos dados: Técnico da Hemovigilância ou do Núcleo de Segurança do Paciente

Limitações do indicador: Registros incompletos e subnotificação

Fonte: ROCHA e TEIXEIRA, 2019.

Indicador 17: Porcentagem de conformidades relacionadas a estrutura organizacional para a segurança do paciente.

Interpretação: Verifica a existência de uma estrutura orgânica responsável pela segurança do paciente em consonância com as diretrizes da ANVISA e Plano de Segurança do Paciente (PSP)

Fonte do dado: Evidências a serem fornecidas pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

Meta: Pactuada pelo NSP

Periodicidade da coleta: () Mensal () Bimestral (x) Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de itens de verificação em conformidade com a estruturação organizacional prevista no PSP/
Denominador: Número total de itens de verificação para a estruturação organizacional da segurança do paciente) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: (X) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor

Observação: Solicitar evidências de implantação de NSP ou Gestão de Risco Assistencial: portaria, regimento interno, Plano de Segurança do Paciente, agenda de reuniões sistemáticas. (BRASIL, 2016)

Embasamento teórico: A cultura organizacional contempla os valores, normas e competências que norteiam o comportamento pelo processo de consciência coletiva. Em se tratando de Cultura de Segurança do Paciente (CSP), o conceito representa o nível de comprometimento da equipe quanto à segurança do paciente nos serviços de saúde, por meio do aprendizado com as falhas, partindo das práticas punitivas e de culpabilização para o entendimento do aprendizado e de crescimento com melhoria. (BRASIL, 2013a). A CSP determina o compromisso, o estilo e a proficiência no manejo da segurança dos pacientes nos serviços de saúde. (ARQS, 2021)

Ao avaliar a CSP, consegue-se visualizar e mensurar as condições do serviço de saúde que acarretam ou podem acarretar possíveis danos aos pacientes (ANVISA, 2016; ANDRADE *et al.*, 2017). Para que os serviços de saúde se enquadrem nas organizações de alta confiabilidade/fiabilidade é preciso três mudanças: 1 - compromisso das lideranças com a missão organizacional e ideia de mudanças; 2 - cultura justa e aprendizado efetivo; prática de notificar e melhoria contínua e 3 - ferramentas robustas de análise dos problemas. Há que se considerar a abordagem sistêmica dos eventos adversos considerando as falhas ativas, situacionais, condições ambientais, fatores organizacionais e fatores externos. (SOUSA e MENDES, 2019).

Responsável pela coleta dos dados: Gestor do NSP

Limitações do indicador: Definindo itens de verificação da estruturação da segurança institucional e monitorar as iniciativas que retratam a estrutura organizacional as quais devem estar contempladas no Plano de Segurança do Paciente: NSP formalizado por portaria publicada, Infraestrutura física adequada, programação de reuniões, regimento interno, formulário e fluxo de notificações, monitoramento das notificações de incidentes e eventos adversos, fluxo de gestão de riscos, avaliação da cultura de segurança, registro de ações e capacitações realizadas, material de divulgação sobre a segurança do paciente, protocolos de segurança implementados pelo monitoramento de seus indicadores, registro de melhorias.

Fonte: Elaborado pelos autores adaptado de GAMA *et al.*, 2018; 2020.

Indicador 18: Taxa de avaliação do risco de desnutrição em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Interpretação: Possibilita a melhoria dos resultados clínicos e diminui a ocorrência de eventos adversos relacionados a desnutrição de paciente crítico

Fonte do dado: Prontuário do paciente.

Meta: 100%

Periodicidade da coleta: (X) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de pacientes internados na UTI com avaliação do estado nutricional e risco para desnutrição nas primeiras 24 horas/ Denominador: Número total de pacientes admitidos na UTI com permanência acima de 48 horas) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: (x) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor

Observação: Considerar as condições do estado nutricional: Risco de Desnutrição e Desnutrido a partir da escala preconizada na instituição. Requer elaboração de instrumento para coleta dos dados

Embasamento teórico: A terapia nutricional é processo integrante do plano terapêutico, requerendo etapa de avaliação do estado nutricional do paciente e determinação das necessidades de calorias e nutrientes e tipo de dieta adequada. A desnutrição é um risco para pacientes críticos internados em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), a qual deve ser tratada de forma proativa para que não impacte no agravamento do estado clínico do paciente. Vale ainda ressaltar que a forte relação entre nutrição e imunidade o indicador tem seu impacto na mortalidade em UTI por infecção, sepse e falência de múltiplos órgãos. (CAMILO, 2019 e FERREIRA, 2007). A literatura indica duas escalas de avaliação em pediatria: STRONGkids e ANSG. (OLIVEIRA *et al*, 2017)

Responsável pela coleta dos dados: Nutricionista

Limitações do indicador: Formalização de escala de avaliação nutricional preconizada pela instituição;

Fonte: GAMA *et al*, 2018

Indicador 19: Coeficiente de manutenção segura de Cateter de Inserção Central (CIC).

Interpretação: Monitora a prevenção de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central

Fonte do dado: Observação direta por auditoria presencial

Meta: 100%

Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de CIC em uso sem falhas (conformidade com as diretrizes institucionais de cuidados com manutenção de CIC)/Denominador: Número total de CIC avaliados) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: (X) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor

Observação: Elaborar um instrumento para coleta dos dados. Considerar o POP de manutenção de CIC como diretriz: utilizar gaze estéril ou curativo transparente estéril para cobrir o ponto de inserção do cateter; manter ocluídos os conectores das linhas fora de uso; manter as linhas de infusão fora de uso ocluídas. (GAMA *et al*, 2018)

Embasamento teórico: As infecções da corrente sanguínea relacionadas ao uso de cateteres centrais são responsáveis por morbidade e mortalidade expressivas nos pacientes críticos. Assim, as ações de manutenção devem ser monitoradas para a segurança do paciente, por meio da avaliação de conformidade da rotina, destacando-se: Fazer no mínimo uma avaliação diária do cateter inspecionando análise da cobertura, inspeção do sítio de inserção, palpação da pele adjacente, atentando-se a sinais de infecção. Quanto a permeabilidade é recomendado o uso de flushing com heparina a cada 8 horas, sendo necessário a realização de limpeza do hub com clorexidina alcoólica 0,5 % antes da administração de medicamentos. A limpeza do sítio de inserção, pele adjacente e cateter deve ser realizada com solução antisséptica à base de álcool clorexidina alcoólica 0,5% por meio de desinfecção das conexões, conectores valvulados e ports com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos. Qualquer tipo de cobertura deve ser trocada imediatamente, independente do prazo, se estiver suja, solta ou úmida. Recomenda-se ainda o curativo diário, quando oclusivo com gaze e curativo transparente, se inserção sem secreção e umidade, com troca em até 7 dias. (FERREIRA, 2020; ANVISA; EBSEH, 2019; GAMA *et al*, 2018)

Responsável pela coleta dos dados: Técnico da CCIH

Limitações do indicador:

Fonte: Elaborado pelos autores; Adaptado de GAMA *et al*, 2018

Indicador 20: Coeficiente de verificação do protocolo de identificação de exames radiográficos.

Interpretação: Integrante das diretrizes de segurança do paciente; traduz o esforço da instituição em prevenir a identificação inadequada.

Fonte do dado: Documentos radiográficos

Meta: 100%

Periodicidade da coleta: (X) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual

Método de cálculo:

(Numerador: Número de documentos radiográficos sem falhas/ Denominador: Número de documentos radiográficos avaliados) X 100

Unidade de medida: %

Polaridade: (x) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor

Observação: Verificar a existência de protocolo para prevenir a identificação errada de documentos radiográficos. Realizar auditoria operacional. As instruções de conformidades deverão estar de acordo com o protocolo de identificação do paciente; A identificação correta deve contemplar os dois identificadores do paciente (nome completo e data de nascimento) nas radiografias e envelopes, coincidindo em ambos. Identificações incompletas contribuem a trocas, má interpretação e prejuízos ao tratamento. (GAMA *et al*, 2018); Requer elaboração de instrumento para coleta dos dados

Embasamento teórico: O risco de não conformidades na identificação de exames radiográficos está presente tanto na internação quanto no atendimento ambulatorial.

Responsável pela coleta dos dados: Técnico do NSP

Limitações do indicador: Inexistência de protocolo institucional

Fonte: GAMA *et al*, 2018

| Indicador 21: Coeficiente de verificação do protocolo de prevenção de tromboembolismo venoso (TEV). |
|---|
| Interpretação: Valida as medidas institucionais de controle do risco de tromboembolismo venoso; A existência do protocolo aprovado pelo hospital caracteriza esforço institucional para prevenir o evento adverso. |
| Fonte do dado: Protocolo de tromboembolismo, fluxograma |
| Meta: 100% |
| Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual |
| Método de cálculo: (Numerador: Número de pacientes com avaliação de riscos de desenvolver TEV nas 24 horas após a admissão/ Denominador: Número total de pacientes internados por pelo menos dois dias) X 100 |
| Unidade de medida: % |
| Polaridade: (X) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor |
| Observação: Verificar atualização, disseminação e acesso ao protocolo de tromboembolismo venoso. O protocolo de prevenção deve contemplar a avaliação das intervenções realizadas nas primeiras 24 horas da admissão do risco dos pacientes em desenvolver TEV. Requer elaboração de instrumento para coleta dos dados. |
| Embasamento teórico: O tromboembolismo venoso (TEV) é considerado fator contribuinte para causar danos nos pacientes pediátricos internados, perdendo apenas para as infecções relacionadas a cateter, sendo estes dispositivos os principais fatores de risco para TEV em pediatria. Tal fato está associado ao cuidado de crianças em estado crítico pelo uso de catéter intravenoso, os quais são responsáveis por 90% dos eventos de TEV no período neonatal e 60% em la infancia. Estudo ressalta a importância da existência de protocolos pois pacientes com falência intestinal em uso de nutrição parenteral total por longo prazo apresentam alto risco de desenvolver TEV associado ao uso de CIC, sendo importante desenvolver protocolos e estratégias visando a redução desta complicação. (CAMPOS, 2018). O tratamento de TEV em pacientes pediátricos tem por objetivo inicial parar a progressão do coágulo, evitando assim a expansão do trombo para outros segmentos venosos, além de prevenir a embolização do trombo para áreas como sistema nervoso central e pulmão. Para pacientes pediátricos que necessitam do uso de CIC por períodos prolongados, um objetivo adicional do uso da anticoagulação é a prevenção da recorrência de TEV, condição esta que limita o acesso venoso e pode elevar a mortalidade destes pacientes. As opções de tratamento farmacológico mais comuns para trombose em pediatria são heparina não fracionada (HNF), heparina de baixo peso molecular (HBPM) e anticoagulante oral (Warfarina). As recomendações da American College of Chest Physicians (MONAGLE <i>et al</i> , 2012) para o tempo de uso total do anticoagulante nas tromboes relacionadas ao CIC varia entre 6 semanas a três meses. Atentar aos possíveis efeitos adversos relacionados ao uso da anticoagulação como: sangramento, trombocitopenia induzida por heparina, osteoporose e osteopenia secundária ao uso prolongado de heparina (DONADEL, 2020). |
| Responsável pela coleta dos dados: Técnico do NSP |
| Limitações do indicador: Inexistência de protocolo institucional; Fazer auditoria para verificar as condições necessárias para o protocolo de TEV. |

Fonte: Elaborado pelos autores; adaptado de GAMA *et al*, 2018

| |
|--|
| Indicador 22: Razão entre o protocolo de prevenção de nefropatia aguda e o uso de contraste iodado. |
| Interpretação: Verifica medidas de prevenção da insuficiência renal aumentando antes da administração de contraste iodado |
| Fonte do dado: Prontuário do paciente |
| Meta: 100% |
| Periodicidade da coleta: (x) Mensal () Bimestral () Trimestral () Semestral () Anual |
| Método de cálculo: (Numerador: Número de pacientes com avaliação da função renal (dosagem de creatinina) nas 24 horas prévias a um exame de contraste/ Denominador: Número total de pacientes com testes de contraste iodado) X 100 |
| Unidade de medida: % |
| Polaridade: (x) quanto maior, melhor () quanto menor, melhor |
| Observação: Requer a elaboração de instrumento de coleta de dados |
| Embasamento teórico: O uso de contrastes por via endovenosa pode desencadear eventos adversos como: reações alérgicas, anafilaxia e lesão renal. Vale ressaltar que a nefropatia induzida por contraste iodado raramente causa eventos adversos em pacientes com a função renal preservada, no entanto naqueles com doenças preexistentes (doença renal crônica diabetes mellitus, desidratação ou insuficiência cardíaca congestiva) ou ainda com administração concomitante de drogas nefrotóxicas, os danos a função renal são mais prevalentes. (GAMA <i>et al</i> , 2018) |
| Responsável pela coleta dos dados: Técnico do Serviço de Imagem/NSP |
| Limitações do indicador: Inexistência de protocolo institucional |

Fonte: GAMA *et al*, 2018

CAPÍTULO 5

Atores Técnicos dos 22 Indicadores Prioritários

A segurança da assistência é responsabilidade de todos os profissionais do estabelecimento assistencial de saúde. No entanto, o seu monitoramento por meio de indicadores requer o conhecimento especializado para a prática efetiva. Portanto o manual vem a contribuir com a sistematização da prática que tem como público alvo os profissionais que desenvolvem ações no Núcleo da Qualidade, Núcleo de Segurança do Paciente, Gestão de Riscos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, SESMT e Educação Permanente, podendo ainda servir de guia a gestores da Alta Direção, alunos e profissionais das comissões técnicas institucionais de hospitais infantil público e privado.

PROFISSIONAIS E GESTORES DOS PROCESSOS DE SEGURANÇA E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Fonte: Elaborada pelos autores

CAPÍTULO 6

Considerações Relevantes

Para que a prática do monitoramentos dos riscos por indicadores se desenvolva de forma sistemática e consolidada, apontam-se as seguintes considerações de relevância para a qualidade e segurança da assistência:

A construção dos indicadores pode ser feita a qualquer tempo e a partir de qualquer tipo de dado, desde que proveniente do contexto que se pretende avaliar;

Deve contar com fontes disponíveis dos dados gastando o menor tempo possível para sua aplicação e o menor custo possível de obtenção;

O monitoramento deve ser viável e sistemático ao longo do tempo;

O indicador deve ser compatível com o perfil da organização e agregar valor a missão institucional;

O monitoramento deve ser um direcionador das ações estratégicas da organização;

Ao se definir metas, considerar evidências científicas disponíveis verificando o perfil do serviço e/ou séries históricas de desempenho;

No processo de definição de metas considerar as condições aceitáveis e suas variabilidades discrepantes;

Conhecer a ficha técnico do indicador;

Analisar o indicador de forma integrada com os demais resultados da organização;

Diante das variações nos resultados ou percepção de pontos astronômicos nos gráficos, questionar a fonte dos dados;

Fazer plano de ação após observar o comportamento do indicador de acordo com o tempo estabelecido na ficha técnica, não requerendo necessariamente a construção de plano de ação, cada vez que se fizer análise crítica;

Analisar criticamente também o indicador que cumpriu as metas pactuadas;

Fonte: Elaborado pelos autores, Adaptado do Portal Qualificação, 2023

Referências

- ABNT, Associação Brasileira de Normas Técnica. NBR. ISO 31.000. Gestão de riscos. Diretrizes. 2 ed. [abnt-nbr-iso-31000-2018.pdf \(apostilas-opcao.com.br\)](#) Acesso em 15 maio 2021.
- ALMEIDA, L. O conceito de valores críticos no laboratório clínico. **News Lab**. [S. l.], 02 mar. 2021. Disponível em: <https://newslab.com.br/o-conceito-de-valores-criticos-no-laboratorio-clinico/>. Acesso em: 12 jan. 2023.
- ALVES, V. L. S. et al. **Gestão da Qualidade utilizadas no contexto contemporâneo da saúde**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2012.
- AMARAL, M. N. **Fatores de risco para predição de quedas em pacientes pediátricos hospitalizados**. Rio Grande do Sul: LUME, UFRGS, 2022.
- ANACLETO, T.A.; ROSA, M. B.; NEIVA, H. M.; MARTINS, M.A. P. Erros de Medicação: Farmácia Hospitalar. **Revista Pharmacia Brasileira**, [s. l.], v. 74, p. 1-24, 2010.
- AUTORIDADE REGULADORA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. **A cultura da segurança nos serviços de saúde: um caminho para práticas seguras**. Fortaleza: ARQS, 2021. (Informações Objetivas da Qualidade, n. 3). Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2021/08/IOQ_3_-_A_Cultura_da_Seguranca_nos_Servicos_de_Saude.pdf. Acesso em: 15 jan. 2023.
- BITENCOURT, G.R.; FERREIRA, A.F.M.; AMARAL, M.H.S.P.; RENAULT, S.M.G.; SILVA, J.O.; SANTOS, K.M. Uso de indicadores na avaliação do serviço de educação permanente: reflexão dos pilares da qualidade. **Rev Baiana Enferm.**, 35: e36844, 2021.
- BARALDI, M. **Novas Estratégias para aumentar a adesão à higienização das Mãos (HM)**. Santa Catarina: CECISS, 2015. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/vigilancia-em-saude/ceciss/materiais-seminario-ceciss/palestras-ix-seminario/13995-14-marcia-baraldi-enfermeira-haoc-3-palestra-estrategias-para-aumentar-a-adesao-de-hm/file>. Acesso em: 02 maio 2023.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Legislação**. Brasília, DF: 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/legislacao>. Acesso em: 15 abr. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa disponibiliza painel de monitoramento em hemovigilância. **Gov.br**. Brasília, DF: 03 ago. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/anvisa-disponibiliza-painel-de-monitoramento-em-hemovigilancia>. Acesso em: 02 maio 2023.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2016. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---cader-no-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf. Acesso em: 15 jan. 2023.
- BRASIL. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Prevenção de erros de prescrição. **Boletim ISMP**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 1-11, 2021. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2021/03/Boletim_ismp_prevencao_erros_presricao_.pdf. Acesso em: 20 abr. 2023.
- BRASIL. Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Programa Nacional de Segurança do Paciente: indicadores para avaliação da prescrição, do uso e da administração de medicamentos – Parte II. **Boletim ISMP**, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/07/Boletim-ISMP-Brasil-Indicadores-II.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ANVISA, FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-higiene-das-maos>. Acesso em: 20 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo 01: Protocolo prevenção de quedas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (EBSERH-MEAC).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo 03:** protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ANVISA, FIOCRUZ, FHEMIG, 2015. Disponível em: https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_medicamentos.pdf. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **“Principais medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central”**. Brasília, DF: MS, [2015]. (1 cartaz). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosde-saude/cartazes/cartaz_1-ggtes_web.pdf. Acesso em: 04 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2014/livro-pcdt-oncologia-2014.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Prevenção de Quedas:** Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Rio de Janeiro: Anvisa, Fiocruz, 2013. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. Acesso em: 04 ago. 2021.

CAMILO, G.; PAPAN, D. R. H. P. Avaliação nutricional em pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital do oeste do Paraná. **Journal of Health**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 89-97, 2019.

CAMPOS, L. R. Tromboembolismo venoso pediátrico intrahospitalar. **Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, 2018, v. 8, n. 1, p. 55-56, 2018.

COSTA, L. S.; JORGE, M. S. B. **Indicadores de saúde mental:** contribuições para a Rede de Atenção Psicossocial. Fortaleza: [s. n.], 2020.

DONADEL, J. S. F. **Tromboembolismo venoso em pacientes pediátricos associado ao uso do cateter: experiência de 5 anos em um centro de referência para reabilitação intestinal**. 2020. 34 f. Dissertação (Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

FERREIRA, I. K. C. Terapia nutricional em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 90-97, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/JFbfq3DZrSm75BHtMd-vfP8G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 maio 2023.

FUSINATO, J. **Indicadores, taxas e coeficientes**. Pernambuco: UFRPE, 2015. Disponível em: http://www.proplan.ufrpe.br/sites/ww2.proplan.ufrpe.br/files/Guia%20para%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20Indicadores%20-%20orienta%C3%A7%C3%B5es_0.pdf. Acesso em: 09 maio 2023.

GAMA, Z. A. S. et al. 2016; Desenvolvimento e validação de indicadores de boas práticas de segurança do paciente: Projeto ISEP-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-17, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00026215>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wc44Pcs75zHzHcg59z8Bgj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

GAMA, Z. A. S. et al. **Indicadores de Boas Práticas de Segurança do Paciente (Projeto ISEP-Brasil):** desenvolvimento e validação para o contexto de hospitais brasileiros. Relatório de pesquisa. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

GAMA, Z. A. S. et al. **Mensuração de boas práticas de segurança do paciente**. Natal, RN: EDUFRN, 2018. 164p.

GOUVEA, C. S. D.; TRAVASSOS, C. indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1061-1078, 2010.

KRAYCHETE, D. C.; WANDERLEY, S. B. C. **Dor na Criança:** Avaliação e Terapêutica. [S. l.]: Cristália Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda, 2003. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2019/01/fasc_dor_crianca.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

LOPEZ, M. F. A. L. **O uso do Global Trigger Tool para rastrear os eventos adversos em uma unidade de internação pediátrica.** Porto Alegre: [s. n.], 2014.

LUZIA, M. F. et al. Incidência de quedas e ações preventivas em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 52, 2018.

MARTINS, N. S. S.; AGUIAR, R. S. A identificação de eventos adversos em crianças: uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, São Paulo, v. 4, n. 8, p. 273–286, 2021. DOI: 10.5281/zenodo.4640613. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/237>. Acesso em: 05 maio 2023.

MC LOUGHLIN, V. et al. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 18, suppl. 1, p. 14-20, 2006.

MENDES, W.; SOUSA, P. **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde (vol. 1).** **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras (vol. 2).** [S. l.]: Ensp, 2014.

MINAYO, M. C. S. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s. l.], v. 33, suppl. 1, p. 83-91, 2009.

NORONHA, M. F.; PORTELA, M. C.; LEBRÃO, M. L. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. 242-255, 2004.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão Pública em Saúde: Monitoramento e avaliação no planejamento do SUS.** São Luís: [s. n.], 2016.

OLIVEIRA, T. C. et al. Estado nutricional de crianças e adolescentes hospitalizados: comparação entre duas ferramentas de avaliação nutricional com parâmetros antropométricos. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 1-8, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/Z7t4MdpL8Z77bBzQDZS6Djp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mai. 2023.

PORTAL QUALIFICAÇÃO. **Curso gestão por indicadores.** [S. l.], 2023. (Curso *on line*). Disponível: <https://play.portalqualificacao.com/> Acesso: 23 mar. 2023

PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE. **Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** [S. l.: s. n.], 2014. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/taxa-de-erros-na-prescri%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos>. Acesso em: 05 jan. 2023.

PROQUALIS. **Busca:** Indicadores. Rio de Janeiro: IciCT/Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/search/site/INDICADORES?f%5B0%5D=bundle%3Aindicadores>. Acesso em: 10 mar. 2023.

RAMALHO, A. K. S. **Evidências sobre a segurança do paciente no contexto da criança hospitalizada:** uma revisão integrativa. 2014. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

ROCHA, V. L. C.; TEIXEIRA, A. P. C. P. Estudo da taxa de reação transfusional das instituições de saúde credenciadas à Rede Sentinela da Anvisa, do ano de 2017. **Rede Sentinela**, [s. l.], v. 7, n. 4, 2019.

SEIFFERT, L. S. Indicadores para avaliação da efetividade assistencial de hospitais. Curitiba, 2019. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/61975/R%20-%20T%20-%20LEILA%20SOARES%20SEIFFERT.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 abri. 2023.

SILVA, L. C. S.; KHAMIS, R. B. M. Os indicadores e sua importância para a elaboração e revisão de políticas de saúde. **Unisanta Law and Social Science**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 342-368, 2018.

SILVA, M. R. B. et al. Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar de pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 4, p.40853-40868, 2021.

SOUZA, I. S. B.; SANTANA, A. C.; D'ALFONSO JÚNIOR, G. A ocorrência de infecção do sítio cirúrgico: um estudo de revisão. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 28, suppl. 5, p. 168-175, 2018.

SOUZA, P.; MENDES, W. **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde (vol. 1). **Segurança do Paciente**: criando organizações de saúde seguras (vol. 2). Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 524p.

THE AUSTRALIAN COUNCIL ON HEALTHCARE STANDARDS. **Taxa de pacientes submetidos a um procedimento que receberam cuidados de anestesiológico para tratar parada respiratória ou cardíaca, no período de recuperação**. Austrália: ACHS, 2014. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/taxa-de-pacientes-submetidos-um-procedimento-que-receberam-cuidados-de-anestesiologista-0>. Acesso em: 10 mar. 2023.